就业困难人员社会保险补贴（单位吸纳）申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称（盖章） |  | 申请日期 |  |
| 注册地址 |  市 区（县、市） 街道（乡镇） | 统一社会信用代码 |  |
| 开户名 |  | 开户行 |  |
| 账 号 |  | 是否劳务派遣公司 | □是 □否 |
| 联系人 |  | 联系电话 |  |  |
| 序号 | 姓名 | 身份证号码 | 人员类别 | 申请补贴起止年月 | 劳动合同起止日期 | 是否劳务派遣员工 | 职业（工种） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合计 人 |

备注：用人单位为劳务派遣公司时，需填写“是否劳务派遣员工”。