附件2

大连市高校大学生初次创办经营实体吸纳就业社保补贴申请表

填报时间：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | 性 别 |  | 出生年月 | |  | | 联系电话 | |  |
| 身份证号 | |  | | | | 院校名称 | |  | | | | |
| 经营实体名称 | |  | | | | | | 注册时间 | | |  | |
| 注册地址 | |  | | | | | | 营业执照号 | | |  | |
| 申请补贴金额 | | 基本养老保险费 | | | 基本医疗保险费 | | | 失业保险费 | | | 合计 | |
|  | | |  | | |  | | |  | |
| 申请次数 | | ○首次 ○第二次 ○第三次 | | | | | | | | | | |
| 招用人员就业情况 | | | | | | | | | | | | |
| 人员姓名 | 身份证号 | | | | 年龄 | | 性别 | | 联系电话 | | | |
|  |  | | | |  | |  | |  | | | |
|  |  | | | |  | |  | |  | | | |
|  |  | | | |  | |  | |  | | | |
| 街道(乡镇)劳动就业保障机构审核意见 | | | 审核人： 复核人： 单位盖章：  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 区（市）县人力资源社会保障部门审核意见 | | | 审核人： 复核人： 单位盖章：  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 市人力资源社会保障部门审核意见 | | | 审核人： 复核人： 单位盖章：  年 月 日 | | | | | | | | | |

注：此表一式三份，街道、区（市）县、市人社部门分别留存。如招用人员数量较多，请自行添加行，本表正反面打印。