|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **兴宁市吸纳建档立卡贫困劳动力就业补助申请表** | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |
| 申请单位名称 |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |
| 法人代表或主要 |  |  |  | 身份证号码 | |  | |  |  |  |  |
| 负责人 |  |  |  |  | |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |  | |  |  |
| 单位地址 |  |  |  |  | 联系人 |  | | 联系电话 | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |
| 营业执照注册号 |  | 登记注册  日期 | |  |  | 申请补贴  人数 | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| （或其他） |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 开户银行 |  | | | 开户名称 | |  | | | | | |
| 银行账号 | |  | | | | | |
| 申请事项 | 20 年度本单位实际吸纳建档立卡贫困劳动力（实际净增用工人) 人，按规定签订1年以上期限劳动合同并缴纳了半年以上社会保险费，现申请吸纳建档立卡贫困劳动力就业补助 元（大写 ）。  本单位承诺所填内容及提供的所有资料均属真实、无误，如有虚假，愿  承担一切责任。 | | | | | | | | | | |
|  |  | 签名： | | | | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  | (单位盖章) | |  |
|  |  |  |  |  | |  | 年 | 月 | | 日 |
|  | | | |  | | |  |  | |  |
| 兴宁市公共就业服务中心意见 |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| 经办人： |  | 审核人： | | | | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |  | （单位盖章） | | |  |
|  |  |  |  |  | |  | 年 | 月 | | 日 |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| 兴宁市人力资源和社会保障局  意见 |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| 经办人： |  | 审核人： | | | | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |  | （单位盖章） | | |  |
|  |  |  |  |  | |  | 年 | 月 | | 日 |
|  |  |  | | | | |  |  |  |  |
| 兴宁市财政局  意见 | 经办人： |  | 审核人： | | | | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |  | （单位盖章） | | |  |
|  |  |  |  |  | |  | 年 | 月 | | 日 |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |

**注：本申请表一式三份，兴宁市公共就业服务中心、兴宁市人力资源和社会保障局、兴宁市财政局各一份。**