附件1

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 重庆市用人单位（全日制公益性岗位用人单位）社会保险补贴申请表 | | | | |
| 单位名称 |  | | 统一社会信用代码 |  |
|
| 联系人 |  | | 联系电话 |  |
| 开户银行 |  | | 银行账号 |  |
| 申请补贴人数 | 共 人。其中，公益性岗位 人 | | | |
| 申请补贴金额 | 合计 元 | | 1.职工养老保险补贴金额 元 | |
| 2.职工医疗保险（含大额医疗保险）及生育保险补贴金额 元 | |
| 3.失业保险补贴金额 元 | |
| 4.工伤保险补贴金额 元 | |
| 请抄录以下内容并盖章：本单位承诺，提供的信息真实有效，如有不实，愿意承担一切责任。  盖章：  年 月 日 | | | | |
| 备注 | |  | | |