附件2

**企业吸纳就业困难人员社会保险补贴和岗位补贴申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **单位基本信息** | | | | | | | | | | | |
| 企业名称 | | |  | | | | | 社保登记机关 | |  | |
| 所属行业 | | |  | | | | | 社保登记编号 | |  | |
| 单位地址 | | |  | | | | | | | | |
| 法定代表人 | | |  | | 身份证号码 | |  | | | | |
| 联系人 | | |  | | 联系电话 | | 座机： 手机： | | | | |
| **吸纳就业困难人员及补贴情况** | | | | | | | | | | | |
| 社会保险补贴（人、元） | | | | 岗位补贴（人、元） | | | | | 合计（人、元） | | |
| 人数 | |  | | 人数 | |  | | | 人数 | |  |
| 金额 | |  | | 金额 | |  | | | 金额 | |  |
| **单位声明** | | | | | | | | | | | |
| 我单位申请享受吸纳就业困难人员社会保险补贴和岗位补贴，本次所提交的各项申请材料和所填写数据和内容均真实有效。如有虚假，我单位自愿承担由此产生的相关责任。  单位经办人： 法定代表人（签字）： 申报单位（盖章）：  年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| **县级以上公共就业服务机构意见** | 经办人： 负责人：  （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | |

注：此表一式两份，申请单位、公共就业服务机构各留存一份