附件1

常德市灵活就业社会保险补贴申报审批表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | | |  | | 性别 |  | | 缴费所在地 |  | |
| 身份证号码 | | |  | | | | | 失业登记证号 |  | |
| 申请对象 | | | 认定就业困难人员类型（ ）7类之一 | | | | | | | |
| 离校2年内未就业高校毕业生（ ） | | | | | 毕业证编号 |  | |
| 是否首次申报距法定退休年龄不足5年。 是□ 否□ | | | | | | | |
| 原工作  单 位 |  | | | 家庭  住址 |  | | 联系  电话 |  | 灵活就业情况 |  |
| 以往享受补贴情况 | | | | 已享受社保补贴 个月，医保补贴 个月 | | | | | | |
| 本次申请情况 | | | | 申请社保补贴 个月，医保补贴 个月 | | | | | | |
| 社保卡信息 | | | |  | | | | | | |
| 社区劳动保障服务机构审核意见 | | 经审核，该同志已实现灵活就业并进行灵活就业登记，未被企业（单位）正规吸纳，符合灵活就业社会保险补贴条件。  经办人：    年 月 日（盖章） | | | | | | | | |
| 街道（乡镇）劳动保障服务机构审核意见 | | 经审核，该同志符合灵活就业社会保险补贴条件，同意申报社会保险补贴。  经办人：  年 月 日（盖章） | | | | | | | | |
| 县级以上就业服务部门审核认定意见 | | 经复核，该同志符合灵活就业社会保险补贴条件，同意发放社会保险补贴。  经办人：  年 月 日（盖章） | | | | | | | | |