附件 3

灵活就业人员社会保险补贴申报审批汇总表

填报单位（盖章）： 填报日期： 年 　　 月 单位：元

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 年龄 | 个人社会保障号 | 就业创业证号 | 社会保险费缴纳及应补贴金额 | | | | 核定补贴金额 | | | 备 注 |
| 缴纳养老保险金额 | 养老保险补贴金额 | 缴纳医疗  保险金额 | 医疗保险  补贴金额 | 养老  保险 | 医疗  保险 | 合 计 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合 计 | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 市（县、区）就业创业（人才）服务部门审核意见：  （公章）  经办人：  年 月 日 | | | | | | | 市（县、区）财政部门审核意见：  （公章）  经办人：  年 月 日 | | | | | |

填报单位负责人： 单位经办人： 联系电话： 开户银行： 账号：