附件2

市区残疾人个体就业和灵活就业社会保险补贴申请审批表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | | | 性别 | | |  | 年龄 | | |  | | 身份证号 | | |  | | | | | |
| 文化程度 | |  | | | 残疾类别及等级 | | | | |  | | | | | | 残疾人证号 | | | |  | | |
| 家庭地址 | |  | | | | | | | | | | | | | | 联系电话 | | | |  | | |
| 就业形式 | |  | | | | | | | | | | | | | 就业后年收入（元） | | | | | |  | |
| 首次参加社会保险时间 | | | | | | |  | | | | 参保档案存放单位 | | | | | |  | | | | | |
| 参加社会保险情况 | | | | | | 养老 / 医疗 / 失业 / 工伤 / 生育 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 缴纳社会保险费情况  （已参保年限和缴费） | | | | | |  | | | | | | | | | | | | 本年度个人  缴纳保费（元） | | | |  |
| 社会保障号码 | | | |  | | | | | | | | | 本年度缴纳社会保险费凭证号码 | | | | | |  | | | |
| 申请社会  保险补贴理由 | | | | 本人（签字）：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （以上由申请人本人据实填写） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 乡镇（街道）残联意见 | | | 经初审核实， 符合享受社会保险补贴条件，建议给予 年度  社会保险补贴资金 万元。  经办人（签字）： 负责人（签字）： （盖公章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 区残联意见 | | | 经审核确认， 符合享受社会保险补贴条件，初定给予 年度  社会保险补贴资金 万元。  经办人（签字）： 负责人（签字）： （盖公章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 市残疾人就业服务中心意 见 | | | 经复核审查， 符合享受社会保险补贴条件，拟定给予 年度  社会保险补贴资金 万元,市、区各承担 万元。  经办人（签字）： 负责人（签字）： （盖公章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 市残联  意 见 | | | 负责人（签字）： （盖公章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

注：此表一式三份，乡镇（街道）残联、区残联和市残疾人就业服务中心各执一份