附件4

年市区残疾人个体就业和灵活就业社会保险补贴申请人员名册汇总表

区残联（盖章） 填报时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓 名 | 性别 | 残疾类别  和等级 | 残疾人证号 | 身份证号 | 首次参保时 间 | 本年度个人缴纳保费（万元） | 申请补贴资金（万元） | | | 家庭住址 | 联系电话 |
| 合计 | 市级 | 区级 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

区残联负责人（签字）： 填报人（签字）：

注：此表一式两份，由区残联填报，区残联和市残疾人就业服务中心各执一份。