工资补贴申请表

|  |  |
| --- | --- |
|  | 申请日期： |
| 申请单位名称 |  |
| 单位地址 |  | 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 社保登记证号 |  | 营业执照注册号（或其他） |  | 组织机构代码 |  |
| 开户名称 |  | 开户银行 |  |
| 银行账号 |  | 申请补贴人数 |  | 申请补贴金额（元） |  |
| 申请单位承诺 | 本单位承诺所填内容及提供的所有资料均属真实、无误，如有虚假，愿承担一切责任。 签名： (单位盖章)  年 月 日 |
| **人力资源社会保障部门（公共就业服务机构）****受理意见** 经办人签名： 年 月 日负责人签名：年 月 日   | **人力资源社会保障部门审核意见**   经办人签名：  年 月 日  科（股）室负责人签名：年 月 日 |
| **人力资源社会保障部门审批意见**签名：（单位盖章）年 月 日 |

|  |
| --- |
| 接受治疗或被医学观察隔离职工花名册 |
|  填报单位(盖章）： 申请日期： 2020 年 月 日 |
| 序号 | 姓名 | 工作单位 | 身份证号码 | 联系方式（移动电话） | 劳动合同起止时间 | 就业日期 | 月均工资（元） |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

负责人： 复核人： 制表人：

备注：制表人、复核人、负责人需手写签名，花名册加盖公章方视为有效。