

湖北省公益性岗位补贴和公益性岗位社会保险补贴申请表

单位名称		单位负责人	
开户银行		银行账号	
申报岗位补贴人数		申报社会保险补贴人数	
申请补贴时段	年 月 至 年 月	申请补贴时段	年 月 至 年 月
单位申请承诺	<p>我（单位）严格遵守法律法规和规章制度，已知晓领取就业资金补贴的有关规定，对所提交的材料真实性完全负责，接受并配合相关机构的审计、检查、评估等；如有伪造证明材料、瞒报谎报、虚报申领等违规领取的，将退回资金，并承担相应的法律责任。</p> <p style="text-align: right;">申请单位: (盖章) 年 月 日</p>		
核定岗位补贴人数		核定社会保险补贴人数	
核定补贴时间	年 月 至 年 月		
核定岗位补贴标准(元/人/月)		核定社会保险补贴标准(元/人/月)	
核定情况	核定岗位补贴金额合计:		(元)
	核定社会保险补贴金额合计:		(元)
	核定两项补贴金额合计:		(元)
人力资源社会保障部门审核意见	<p>经办人: _____</p> <p>单位负责人: _____ 单位盖章: _____ 年 月 日</p>		