**福建省残疾人自主就业创业**

**社会保险补贴申请表**

（ 年度）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 | | |  | | | 性别 | |  | 文化程度 | | | | |  |
| 残疾证号 | | |  | | | | | 残疾类别等级 | | | |  | | |
| 户籍地 | |  | | 家庭详细地址 | | |  | | | | | | | |
| 就业形式 | | |  | | 证照字号 | | |  | | | | | | |
| 就业地点 | | |  | | | 就业（创业）时间 | | | | |  | | | |
| 上年社会保险缴纳情况 | | | 基本养老保险： 个月共 元 | | | | | | | 从事行业 | | |  | |
| 基本医疗保险： 个月共 元 | | | | | | | 联系电话 | | |  | |
| 申请 项目 和承诺 | 申请残疾人自主就业创业社会保险补贴，我承诺：申报的各项数据和材料真实、准确、完整，上年度未享受人社部门社会保险补贴。如有虚假申报，愿承担相应的法律责任。  申请人（签名）：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 人社 就业 机构 审核 意见 | 上年度享受人社部门社会保险补贴情况：  已享受（ ） 未享受（ ）  单位（盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 残联 就业 机构 审核 意见 | 上年当地从业人员社会保险最低缴费基数月缴费金额：基本养老保险缴费 元，基本医疗保险缴费 元。  核定基本养老保险缴费 个月补贴 元，基本医疗保险缴费 个月补贴 元，合计补贴 元。  初审： 复核：  单位（盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 残联  审批  意见 | 单位（盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |

备注：就业形式按自主创业、个体就业、灵活就业填写。