

附件 2

就业困难人员社会保险补贴申报审批汇总表

填报单位（盖章）：				填报日期：		年 月		单位： 元							
序 号	姓 名	性 别	年 龄	联系电话	居民身份证号	个人社会保障卡号	社会保障卡金融账户开户银行	已 享 受 次 数	现灵活就业工作岗位	社会保险费缴纳金额		核定补贴金额			备 注
										缴纳养老保险金额	缴纳城镇职工医疗保险金额	养老保险	医疗保险	合计	