宁波市企业新增招工补助申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申报单位  名称 |  | | | 统一社会  信用代码 |  | | 是否公有企业 | |  |
| 营业执照  地址 |  | | | 法人代表  或负责人 |  | | | | |
| 单位  经办人 |  | | | 手机号码 |  | | | | |
| 开户银行  名称 |  | | | 银行账号 |  | | | | |
| 疫情解除后当月参保人数 |  | 上年同期参保人数 |  | 参保净增  人数 |  | 申报补助金额（元） | |  | |
| 申报  单位  意见 | 本单位承诺：填报信息及提供的申报材料真实准确，非同一法人代表或集团公司子公司，非兼并重组或合并分立前后的公司，如有不实，愿承担相应责任。  法人代表或负责人：  （盖章） | | | | | | | | |
| 审核  单位  意见 | 经审核：该企业2020年5月参保 人，参保净增 人，  符合招工补贴条件共 人，补贴总额 元。  审核人： 复核人：    年 月 日  （盖章） | | | | | | | | |

备注：仅限非公有企业享受新增招工补贴。

宁波市企业接受学生顶岗实习补助申报表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申报单位  名称 |  | | 统一社会  信用代码 |  | | 是否公有企业 |  |
| 营业执照  地址 |  | | 纳税地所属区县（市） |  | | | |
| 法定代表人或负责人 |  | 单位经办人 |  | 手机  号码 |  | | |
| 开户银行  名称 |  | | 银行账号 |  | | | |
| 申报顶岗  实习补贴人数 |  | | 申报补贴  金额 |  | | | |
| 申报  单位  意见 | 本单位承诺：填报信息及提供的申报材料真实准确，如有不实，愿承担相应责任。  法人代表或负责人：  （盖章） | | | | | | |
| 审核  单位  意见 | 经审核：符合顶岗实习补贴条件共 人，均已参加工伤保险，补贴总额 元。  审核人： 复核人：  年 月 日  （盖章） | | | | | | |

备注：仅限非公企业享受顶岗实习补助。

宁波市人力资源服务企业输送员工补助申报表

申报日期： 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申报单位  名称 |  | 统一社会  信用代码 |  |
| 单位经营  地址 |  | 法人代表  或负责人 |  |
| 单位  经办人 |  | 联系电话 |  |
| 开户银行  名称 |  | 银行账号 |  |
| 补助标准：符合条件50人以上，按每人500元补助，总额不超过50万元。 | | | |
| 申报补助  人数 |  | 其中：推荐人数 |  |
| 其中：派遣人数 |  | 申请补助  金额 |  |
| 申报  单位  意见 | 本单位承诺：填报信息及提供的申报材料真实准确，如有不实，愿承担相应责任。  法人代表或负责人：  （盖章） | | |
| 区县  （市）  人社  部门  审核  意见 | 经审核：该人力资源服务企业向我市企业输送员工共 人，其中符合条件可领取补助的共 人，补助金额 元。  审核人： 复核人：  年 月 日  （盖章） | | |

注：本表一式二份，区县（市）人社部门与申报单位各存一份。

宁波市人力资源服务企业推荐、派遣员工花名册

申报单位（盖章）： 申报日期： 年 月 日用工企业（盖章）：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 身份证号码 | 输送的用工企业名称 | 输送方式  （推荐/派遣） | 社保申报月份 | 社会保险缴纳起止年月 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |

注：①社保申报月份：请填写新增或续保月份，如“2020年2月”；②社会保险缴纳起止年月：请填写自2020年2月16日以来的实际社保缴纳起止年月情况，如“2020年2月-2020年7月”；③此表需同步提供EXCEL电子版。