附件4：

**海安市公益性岗位补贴和社保补贴申请表**

单位名称（公章）：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓 名 | 公民身份证号码 | 性别 | 出生年月 | 就业困难类 别 | 工作 岗位 | 工作地点 | 具体工作时间 | 享受开始时间 | 享受结束时间 | 岗位补贴金 额 | 社保补贴金 额 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 申报单位意见 | 经办人： 分管负责人： （公 章）  年 月 日 | 市劳动就业管理处意见 | 经办人： 复核人： 负责人： （公 章） 年 月 日 |

备注：①享受最低生活保障家庭成员；②女40周岁以上、男50周岁以上人员；③特困职工家庭成员；④残疾人员；⑤城镇零就业和农村零转移家庭成员；⑥连续失业1年以上人员；⑦重点优抚对象家庭成员；⑧退役人员；⑨低收入劳动力；⑩城市规划区范围内被征地农民