|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件 |  |  |  |  |  |  |  |
| 企业参保职工职业技能提升补贴申领表 |
|  |  |  |  |  |  |  | 编号： |
| 姓名 | 　 | 性别 | 　 | 出生年月 | 　 | 参加工作 时 间 | 　 |
| 社会保障卡号 | 　 | 身份证号 | 　 |
| 职业资格证书编号 | 　 | 职业（工种）名称 | 　 | 等级 | 　 | 证书取得时间 | 　 |
| 职业技能等级证书编号 | 　 | 职业（工种）名称 | 　 | 等级 | 　 | 证书取得时间 | 　 |
| 通讯地址 | 　 | 联系电话 | 　 |
| 企业名称 | 　 | 企业代办人 | 　 |
| 个人开户银行 | 　 | 银行卡号 | 　 |
| 申请人真实性承诺 |  本人承诺，以上申请内容属实，同一职业（工种）同一等级未重复申领职业技能提升补贴，如有虚假，本人承担相应责任。申请人（本人签字）： 年 月 日 |
| **经办机构审核意见** |
| 参保缴费开始年月 | 　 | 视同缴费月数 | 　 | 实际缴费月数 | 　 | 参保缴费合计月数 | 　 |
| 是否符合申领条件 | 　 | 应补贴数额 | 　 | 是否支付 | 　 |
| 职业技能提升补贴领取金额 | 元 |
| 合计金额（大写） | 万 仟 佰 拾 圆整 |
|  经审核符合条件，同意在 年 月发放职业技能提升补贴 元。 |
|  经办日期: 年 月 日 (盖章) |
| 审批人： |  |  | 经办人： |  |  | 申请人： |  |