**梅州市援企稳岗补贴申请表**

申请企业（盖章）：　　　　　　　　　　　　 年　 月　 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 职工  姓名 | 身份证号码 | | 基本养老保险缴费工资基数（元） | 医学观察隔离天数  （天） | | 接受治疗天数  （天） | 补贴  金额  （元） |
| 1 |  |  | |  |  | |  |  |
| 2 |  |  | |  |  | |  |  |
| 3 |  |  | |  |  | |  |  |
| … |  |  | |  |  | |  |  |
| 补贴人数合计（人）：　　　　　　　　金额合计（元）： | | | | | | | | |
| 申请企业开户银行： | | | | | | | | |
| 申请企业银行账号： | | | | | | | | |
| 申请企业法人签名：　　　　　　　　　联系电话： | | | | | | | | |
| 以上职工接受治疗（医学观察隔离）天数经审核无误。  经办人签名：  负责人签名：  **（卫健部门盖章）** | | | 以上职工基本养老保险缴费工资基数经审核无误。  经办人签名：  负责人签名：  **（税务部门盖章）** | | | 同意报请财政发放补贴资金。  经办人签名：  负责人签名：  **（人社部门盖章）** | | |

注：1.此表一式三份。县（市、区）人社局、同级财政、市人社局各留存一份。

2.补贴金额标准为该职工基本养老保险缴费工资基数×50%÷21.75（天）×接受治疗（被医学观察隔离）天数。