附件2

天津市残疾人个体工商户社会保险补贴申请审批表

区 街（乡镇）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 个体工商户经营者姓名 |  | 户籍属地 |  |
| 身份证号 |  | 手机号码 |  |
| 年 龄 |  | 性 别 |  | 是否残疾人 | 是□ 否□ |
| 残疾类别 |  | 残疾等级 |  | 残疾人证号 |  |
| 文化程度 |  | 家庭住址 |  |
| 单位名称 |  |
| 经营范围 |  |
| 经营地址 |  |
| 统一社会信用代码 |  | 领取营业执照时间 |  年 月 日 |
| 姓名 | 身份证号 | 缴纳保险种类 | 缴纳金额（元） | 补贴金额（元） |
|  |  | 养老□医疗□工伤□失业□生育□ |  |  |
|  |  | 养老□医疗□工伤□失业□生育□ |  |  |
|  |  | 养老□医疗□工伤□失业□生育□ |  |  |
|  |  | 养老□医疗□工伤□失业□生育□ |  |  |
|  |  | 养老□医疗□工伤□失业□生育□ |  |  |
| 合计 |  人 | —— |  |  |
| 本人申请 | 我承诺：申报的各项信息和材料均真实、准确、完整、有效、合法，如有不实之处，愿承担相应的法律责任，并承担由此产生的一切后果。 申请人签字：年 月 日 |
| 街道（乡镇）残联初审意见 | 经审核，该个体工商户为 名残疾人缴纳社会保险，共发放保险补贴资金 元。经办人：（章） 年 月 日 | 就业服务机构审批意见 | 经办人：（章） 年 月 日 |