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 | | | |