|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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： |  |