附件1

厦门市以工代训补贴申请表

单位名称：

填 报 人：

联系电话：

市人力资源和社会保障局 市财政局制

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | | | | | | 统一社会  信用代码 |  | | | |
| 单位类别 | 困难企业：□ 中小微 □外贸 □住宿餐饮 □文化旅游 □交通运输 □批发零售  其它生产经营主体： □企业 □农民专业合作社 □扶贫车间 | | | | | | | | | | | |
| 注册地址 |  | | | | | | 实际经营地址 |  | | | | |
| 法定  代表人  （负责人） |  | | | 联系电话 |  | | 经办人 |  | | | 联系电话 |  |
| 以工代训总人数  （人） | | |  | | | | 拟申请补贴总金额  （元） |  | | | | |
| 银行账户户名 | |  | | | 银行账号 |  | | | | 开户银行名称 | |  |
| 本单位承诺，申请以工代训补贴所提交的申请表格及相关申请资料真实、准确、可靠，并对本次组织的职工以工代训的真实性负责。若有虚假，退回所申请补贴，并承担由此产生的一切后果。  法定代表人:（签字）  单位：（盖章） 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 经审核，核定该单位符合我市以工代训补贴标准的人数为 人，按500元/月的补贴标准，根据其实际开展以工代训的培训期限，拟拨付补贴资金 元。  经 办 人：（签字） 年 月 日  审 核 人：（签字） 年 月 日  审核单位： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |