汕头市家政服务企业商业保险补贴申请表（2022年制）

申请表编号： 　 申请日期：　　年　月　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 企业名称 |  | | | | 成立时间 | 年　 月 　日 | | |
| 经营地址 |  | | | | 法定代表人（负责人） |  | | |
| 联系人 |  | 联系电话 | | |  | | | |
| 统一社会  信用代码 |  | | | | | | | |
| 企业银行  账号 |  | | | 开户行 | | |  | |
| 主营业务  （开展的业务涂“■”） | □孕产妇照护 □婴幼儿照护 □老人照护 □病人照护  □残疾人照护 □保洁 □烹饪  □其他家庭生活照料服务 | | | | | | | |
| 员工总规模（名） |  | | 家政服务人员（名） | | | | |  |
| 管理人员和其他人员（名） | | | | |  |
| 本次申领商业保险补贴人数（名） |  | | 申请补贴总金额（元） | | | | |  |
| 单位  承诺 | 本单位承诺所填内容及提供的所有资料均属真实、无误，如有虚假，愿承担一些责任。  法定代表人（负责人）签名：  （单位盖章） | | | | | | | |
| 人力资源社会保障部门审核意见 | 根据 （文号），经审核，该单位本期符合享受商业保险补贴条件共 人，补贴标准按家政服务责任保险、意外伤害保险保费的50%，共补贴 元。经公示无异议，同意拨款。  经办人： 审核人： 审批人：  （盖章）  年 月 日 | | | | | | | |

表单2

汕头市家政服务企业商业保险补贴汇总表（2022年制）

申请单位名称（盖章）： 申请日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **姓名** | **性别** | **年龄** | **身份证号码** | **签订劳动合同或服务协议期限 （年月日-年月日）** | **申请年度** | **申请期限内商业保险补贴情况** | | **申请补贴**  **金额**  **（元）** |
| **家政服务**  **责任保险**  **（元）** | **意外伤害**  **保险**  **（元）** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合计 | | | | | | |  |  |  |