附件2

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 用人单位享受社会保险补贴、岗位补贴人员花名册  （小微企业） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 单位名称（盖章）： | | | | | | | 所属月份： | | | | | |  | |  |
| **序号** | **姓名** | **性别** | **个人社保编号** | **身份证号** | **《普通高校毕业证》 编号** | **联系电话** | | **是否当月新增** | | **社保补贴**  **金额（元）** | | **岗位补贴金额（元）** | | **合计金额（元）** | |
|
|  |  |  |  |  |  |  | | 自动生成 | | 自动生成 | | 自动生成 | | 自动生成 | |
|  |  |  |  |  |  |  | | 自动生成 | | 自动生成 | | 自动生成 | | 自动生成 | |
|  |  |  |  |  |  |  | | 自动生成 | | 自动生成 | | 自动生成 | | 自动生成 | |
|  |  |  |  |  |  |  | | 自动生成 | | 自动生成 | | 自动生成 | | 自动生成 | |
|  |  |  |  |  |  |  | | 自动生成 | | 自动生成 | | 自动生成 | | 自动生成 | |
| 合计 |  |  |  |  |  |  |  | |  | | 自动生成 | | 自动生成 | | 自动生成 |
| 法人代表签字： 经办人签字： | | | | | | | | | | | 填报日期 | |  | |  |