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 |  |  |