附件1：

**聊城市新就业形态灵活就业从业人员意外伤害保险补贴申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称（盖章）： | | | | | | | 统一社会信用代码： | | | | | | 年 月 日 | | | |
| 序号 | 从业者姓名 | 身份证号 | | | 工作岗位 | | 劳务（服务）协议 | | 商业保险机构名称 | | 投保时间 | | 移动电话 | | 保费金额（元） | 补贴金额（元） |
| 起始时间 | 终止时间 |
| 1 |  |  | | |  | |  |  |  | |  | |  | |  |  |
| 2 |  |  | | |  | |  |  |  | |  | |  | |  |  |
| 3 |  |  | | |  | |  |  |  | |  | |  | |  |  |
| 4 |  |  | | |  | |  |  |  | |  | |  | |  |  |
| 5 |  |  | | |  | |  |  |  | |  | |  | |  |  |
| 合 计 | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| 开户银行 | |  | | | 开户账号 | |  | | | | 填表人 | |  | | 联系电话 |  |
| 本企业（机构）承诺：我企业（机构）充分了解新就业形态灵活就业从业人员意外伤害保险补贴有关要求，所填报信息和提供材料均真实有效，我企业（机构）和本表所列从业人员均符合申请补贴所有条件，如有不符，自愿承担相应法律责任并退还补贴资金。  平台企业（机构）（签章） 承诺人： | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 公共就业人才服务机构审核意见 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 审核意见 | | | |  | | | | | | 补贴金额 | | | | 元 | | | |
| 经办人（签章） ：  年 月   日 | | | | | | 审核人（签章） ：  年  月  日 | | | | | | 审核单位（签章） ：    年 月 日 | | | | | |
| 说明 | | | 1.本表申请信息由平台企业（机构）填写；  2.补贴金额：不应超过100元，非本自然年度首次申请的，补贴金额=100元-本自然年度已享受补贴金额；  3.本表由审核单位订档留存；  4.申请前，从业人员均应办理了新形态灵活就业登记。 | | | | | | | | | | | | | | |