附件2

**中小微企业个人社保补贴人员花名册**

 单位：元

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 身份证号码 | 联系电话 | 人员类别 | 劳动合同起止时间 | 申报补贴月份 | 月缴费基数 | 个人实际月缴纳基本养老保险费 | 个人实际月缴纳基本医疗保险费 | 个人实际月缴纳失业保险费 |
| 比例 | 金额 | 比例 | 金额 | 比例 | 金额 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合计 |  |  |  |

单位:（盖章） 单位负责人： 填表日期： 年 月 日

说明：“人员类别”包括:①毕业年度 ③离校2年內末就业高校毕业生 ③登记失业半年以上人员 ④防止返贫监测对象。