附件1

吉林省用人单位申请生育假期成本补贴审批表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申报单位名称 | |  | | | 申报单位法人姓名 |  | 电话 | |  | |
| 申报单位地址 | |  | | | 统一社会信用代码 | |  | | | |
| 开户  名称 | |  | | 开户银行 |  | | 账号 |  | | |
| 社会保险  参保情况 | | | 🞎基本养老保险  🞎基本医疗保险 | | 申报联系人姓名 |  | 电话 |  | | |
| 序号 | 女职工姓 名 | | 身份证号码 | | 子女  出生日期 | 出生医学  证明编号 | 生育  孩次 | 休产假天数 | | 职工  签字 |
|  |  | |  | |  |  |  |  | |  |
|  |  | |  | |  |  |  |  | |  |
|  |  | |  | |  |  |  |  | |  |
|  |  | |  | |  |  |  |  | |  |
|  |  | |  | |  |  |  |  | |  |
|  |  | |  | |  |  |  |  | |  |
|  |  | |  | |  |  |  |  | |  |
|  |  | |  | |  |  |  |  | |  |
|  |  | |  | |  |  |  |  | |  |
| 申报人数 | | |  | | 申报补贴总金额 | |  | | | |
| 用人单位  申报意见 | | | 单位盖章  经办人： 单位负责人： 年 月 日 | | | | | | | |
| 公示情况 | | |  | | | | | | | |
| 县（市、区）卫生健康部门审批意见 | | | 县（市、区）卫生健康部门（盖章）  经办人： 审批负责人： 年 月 日 | | | | | | | |

说明：此表一式二份，审批单位留存一份，报上级主管部门一份。