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。