**附件2**

**社会保险补贴发放花名表**

**申报单位名称： （2025年 月 日）**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申领人姓名 | 身份证号 | 人员类型 | 三项保险个人月缴费金额(元) | 月补贴金额(元) | 累计领取月数 | 申领签字 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 合计 | | |  |  | **-** | **-** |

注：1.人员类型：A.高校毕业生 B.登记失业人员 C.防止返贫监测对象；

2.累计领取补贴期限不得超过12个月。