附件：

**家政服务业从业人员意外伤害保险补贴申领表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称（盖章）： | | | | 统一社会信用代码： | | | | 年 月 日 | | |
| 序号 | 姓名 | 身份证号 | 工作岗位 | 劳务协议起止时间 | | 定点经办机构名称 | 投保时间 | 移动电话 | 意外伤害保险补贴标准（元/人.年） | 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 |  |
| 公共就业服务机构审核意见：  经办人：(签章) 审核人：(签章) （盖章）  年 月 日 年 月 日 年 月 日 | | | | | | | | | | |

备注：1.此表一式两份，单位加盖公章。

2.申请单位需提供真实资料并据实填报信息，家政服务业从业人员必须符合申请条件。如与实际情况不一致，承担相应责任。