首次创办小微企业一次性创业补贴申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 企业基本信息 | 企业名称 | |  | | | | | | 统一社会信用代码 | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 经营地址 | |  | | | | | | 所属行业 | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 银行账号 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 银行账户名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 开户行 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 法人基本信息 | 姓名 |  | | 身份证  号码 |  | |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| 民族 |  | | 性别 |  | | | | | | 联系电话 | | | |  | | | | | | | | | | |
| 身份  类别  (勾选) | □就业困难人员 | | 就业创业证号码 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 类别 | □残疾人员 □女满40周岁 □男满50周岁的人员 □享受城市居民最低生活保障人员  □城镇零就业家庭人员 □登记失业连续12个月以上的人员 □因失地失海或重大自然灾害失业人员 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □高校  毕业生 | | 毕业证  号码 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 毕业时间 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申请单位承诺 | | 现承诺，所申请的企业属法定代表人首次在 市内创办的、符合《统计上大中小微企业划分办法》（国统字〔2017〕213号）的规定的小微企业，所创办企业自工商注册登记之日起正常运营6个月，对所申报材料的真实性负责，对违反承诺的不诚信行为，负法律责任并退回相应资金。  单位（盖章）：  时间： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **市(县)人社部门审核意见：**  经审核，拟同意该单位申请首次创办小微企业一次性创业补贴 元。  审核人： 审核领导:    单位（盖章）：  年 月 日 | | | | | | **市(县)财政部门审核意见：**  经审核，拟同意该单位申请首次创办小微企业一次性创业补贴 元。  审核人： 审核领导:    单位（盖章）：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

注明：1.企业正常生产经营6个月以上情况证明［如纳税证明、企业发放工资明细账单］；如可查询企业社会保险缴费情况的，可免提供生产经营情况佐证材料.2.市(县)财政部门审核意见栏由各市(县)自己决定填写，若市(县)不需要财政部门审核可以不填。