附件3

“增城妈妈”商业保险补贴申领表

申领单位： 营业执照注册号： 社会保险编号：

申领商业保险补贴： 人，￥ 元。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 开户名称：开户银行： 银行账户： 经办人（签字）： 　联系电话： 本申请单位郑重承诺：向贵单位所申请商业保险补贴事项过程中提供的一切资料均真实有效、准确完整。同时，对有关情况的变更及时如实告知。若违此承诺，出现隐瞒有关情况或提供虚假材料等情形的，愿承担由此引发的一切法律后果，包括但不限于退回补贴资金、被列入不诚信单位黑名单之日起五年内不得申请财政资金补贴、给国家集体或他人造成损失的赔偿责任以及其他应当承担的民事、刑事责任等。法定代表人或主要负责人（签字）：  年 　　月　　日（公章）  | 镇（街）公共就业服务机构受理、审核意见：经审核 , 同意补贴：￥ 元（大写）：经办人：　　　　　 　复核人： 年　 　月　　 日（公章）  | 区公共就业服务机构复核意见：同意补贴总金额：￥ 元（大写）：经办人：　　　　 复核人： 年　 　月　 　日（公章） |