附件1

“好德妈妈”就业申领表

申请编号： 申请日期:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | | 性别 | |  | | | 民族 |  |
| 身份证号 |  | | | “好德妈妈”  证号 | | | |  | | |
| 年龄 |  | 文化程度 |  | 手机号码 | | | |  | | |
| 就业单位 | □灵活就业 □用人单位（具体名称： ） | | | | | | | | | |
| 单位地址 |  | | | | | | | | | |
| 单位经办人 |  | | | 联系电话 | | |  | | | |
| 申请补助金额（元） |  | | | 银行帐号 | | |  | | | |
| 银行名称 |  | | | | | | | | | |
| 申请人承诺 | 本人已获得“好德妈妈”证，承诺所填内容及提供的所有资料均属真实、无误。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责任，包括但不限于退回补贴资金、被列入失信人员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。  申领人（签名）：  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 英德市人力资源就业服务中心审核意见：  经审核，该人员符合申领条件，拟发放补贴￥ 元（大写： ）。   经办人：  审核人：  (单位盖章)  年 月 日 | | | | | 英德市人力资源和社会保障局审核意见：同意补贴总金额：￥ 元（大写： ）    审 批：  (单位盖章)  年 月 日 | | | | | |