附件3

“好德妈妈”单项工伤保险补贴申领表

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“好德妈妈”单项工伤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） | 英德市人力资源就业服务中心受理、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） | 英德市人力资源和社会保障局审批意见：  同意补贴总金额：￥ 元  （大写）：  　　　 审 批：    年　 　月　 　日  （公章） |