附件5

“好德妈妈”单项工伤保险补贴汇总表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **申领单位** | **补贴人数** | **补贴金额(元)** | **开户名称** | **开户银行** | **银行账户** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 合 计 |  |  |  |  |  |
| 受理、初审单位意见：经审核，以上 符合申领条件，拟发放补贴金额￥ 元 （大写： ）。　　　经办人： 复核人： 　   年　　 月　　日（盖章 ） | 英德市人力资源和社会保障局审批意见：　　　 审 批：    年　　 月　　日　（盖章） |