**附件**

企业参保职工技能提升补贴申请审核表

年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人  姓名 | |  | | 身份  证号 |  | | |
| 申领人  单位名称 | |  | | | | 申请人  电话 |  |
| 证书名称 | | |  | 职业  （工种） |  | 等级 |  |
| 证书编号 | | |  | | | 发证时间 |  |
| 申请人  银行卡号 | | |  | | | 开户银行 |  |
| 申请人  社保卡号 | | |  | | | 开户银行 |  |
| 以下内容由失业保险经办机构填写 | | | | | | | |
| 失业保险经办机构审核意见 | 参保缴费审核情况：  证书审核情况：  公示情况：  拟补贴金额：  经办人： 审核人： 负责人： | | | | | | |