附件：

泰兴市产假期间企业社会保险补贴申请花名册

（申请时间： 年 月 日）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | 统一社会信用代码 | |  | | | |
| 单位账户全称 |  | 开户银行 | |  | | 银行账户 |  |
| 经办人 |  | 经办人联系电话 | |  | | | |
| 女职工生育情况 | | | | | | | |
| 姓名 | 身份证号码 | 生育孩次 | 婴儿姓名 | | 身份证号码 | | 出生日期（年/月/日） |
|  |  | 一孩 |  | |  | |  |
| 二孩 |  | |  | |  |
| 三孩 |  | |  | |  |
|  |  | 一孩 |  | |  | |  |
| 二孩 |  | |  | |  |
| 三孩 |  | |  | |  |
| 单位承诺 | 本单位承诺，所填写内容和提供材料真实准确有效，否则将承担相应的法律责任。  单位： （盖章）  年 月 日 | | | | | | |