附件1

泉州市鲤城区吸纳省外脱贫人口

跨省就业奖补申请表

申请单位盖章： 单位：人、元

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申请奖励单位名称 |  | | |
| 符合奖补人数 |  | 申请奖补金额（元） |  |
| 大写： | | | |
| 开户银行及账号 |  | | |
| 申请单位承诺：我单位为非机关、事业单位，且申报补贴对象无劳务派遣、人事代理人员，申请资料完全属实，如不真实愿意承担由此产生的一切法律责任。  法定代表人： 年 月 日 | | | |
| 公共就业服务机构认定意见：  该单位申请2024年度吸纳省外脱贫人口就业奖补，经审核符合条件 人。  盖章：  年 月 日 | | | |
| 人力资源和社会保障部门审核意见：  盖章：  年 月 日 | | | |
| 财政部门审核意见：  盖章：  年 月 日 | | | |