附件4

公益性岗位补贴花名册

申请单位（盖章）：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 性别 | 身份证号码 | 就业困难人员认定时间 | 就业困难人员类型 | 公益性岗位劳动合同起止日期( 年 月- 年 月) | 个人岗位补贴金额（元） | 开户银行 | 银行帐号 | 联系电话 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

备注：1.联系电话应为申请公益性岗位社保补贴和岗位补贴的就业困难人员个人手机号码或家庭联系电话。

2.就业困难人员有以下类型：零就业家庭成员、大龄就业困难人员、长期失业人员、残疾人、享受最低生活保障或边缘家庭的失业人员、享受最低生活保障或边缘家庭的失地失林人员、享受最低生活保障或边缘家庭的高校毕业生、省人民政府确定的其他就业困难人员。