重庆市就业困难人员单位就业
（全日制公益性岗位用人单位）
社会保险补贴申请表

单位名称		统一社会信用代码	
联系人		联系电话	
开户银行		银行账号	
申请补贴人数及金额	共_____人_____元。其中，公益性岗位_____人_____元。		
请抄录以下内容并盖章：本单位承诺，提供的信息真实有效，如有不实，愿意承担一 切责任。			
盖章： 年　　月　　日			
备注			