

附件 1

劳务派遣单位失业保险稳岗返还申请表

(补贴年度: 2025年)

单位名称(盖章):

申请时间:

单位基本信息					
法定代表人		法定代表人联系电话			
工商登记注册地		统一社会信用代码			
单位社保编号		劳务派遣行政许可编号			
劳务派遣行政许可地 (发证地)		劳务派遣行政许可有效期		年 月至 年 月	
分公司备案编号 (非本地许可填报)		分公司备案有效期 (非本地许可填报)		年 月至 年 月	
联系人		联系电话			
联系地址 (文书送达地址)					
开户名称					
银行行号		支行名称			
银行帐号					
单位经营信息					
经营状态		正常 <input type="checkbox"/> 暂停经营 <input type="checkbox"/> 终止经营 <input type="checkbox"/>		是否严重失信企业 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	
单位参保缴费信息					
自有员工部分上年度 失业保险费缴纳总额(元)				申请 合计 缴纳 总额 (元)	
劳务派遣 员工等部 分	申请补 贴用工 单位	总户数	上年度失业保险费 缴纳总额(元)		单位 上年度 失业保 险费缴 纳总额 (元)
	放弃申 请用工 单位	总户数	上年度失业保险费缴纳总额(元)		

承诺书

1. 本单位具有有效期内劳务派遣经营行政许可资质。
2. 申请稳岗返还资金涉及自有员工和被派遣劳动者等，均为直接签订劳动合同并缴纳社会保险费用。
3. 申领资金涉及自有员工之外的被派遣劳动者等部分将全额拨付至实际用工单位，并于获得资金后 60 日内至失业保险经办机构申报资金拨付情况。
4. 将妥善保管稳岗返还资金年度拨付、使用及用工管理等佐证资料不少于五年。
5. 本单位已知晓政策规定，将严格按照要求使用资金，自愿接受并配合审计、监督、检查。
6. 申报信息和提供相关材料真实准确，不存在将不符合政策人员纳入申领范围、弄虚作假、伪造证明材料等情况；

如违反以上承诺愿承担相应责任。

联系人签字：

法定代表人/负责人签字：

日期：

注：1. 派遣到机关事业单位不符合享受稳岗返还政策，应填写在**放弃申请用工单位**信息栏。

2. 拨付给实际用人单位资金**需专项单笔拨付**，并提供用人单位银行进账凭证。