附件1

山东省高新技术企业科技保险保费补贴申请表

填报日期： 年 月 日 单位：万元

|  |  |
| --- | --- |
| 企业名称（全称） |  |
| 统一社会信用代码 |  | 成立时间 |  |
| 单位所处行政区域 | 市  | 县（区） |
| 法定代表人 |  | 手机号 |  | 联系人 |  | 手机号 |  |
| 通讯地址 |  | 电子邮箱 |  | 省补助资金拨付所属财政局（尽可能细化到县、区财政局） |  |
| 所属领域 | □电子信息 □生物与新医药 □航空航天 □新材料 □高技术服务业 □新能源与节能□资源与环境 □先进制造与自动化 |
| 高新技术企业证书编号 |  | 企业上年销售收入 |  | 企业上年度税后利润 |  |
| 实缴保费金额 |  |
| 申请省补助金额 |  |
| 投保情况 | 投保险种 | 保费 | 保额 |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 合计 |  |  |
| 我公司是经省科技厅、财政厅、国税局、地税局认定的高新技术企业，符合山东省对高新技术企业科技保险费实行补贴的政策要求。 公司签章 法定代表人签章 年 月 日 |
| 县（市）财政部门审核意见 单位公章 年 月 日 | 县（市）科技部门审核意见  单位公章 年 月 日 |
| 市级财政部门审核意见  单位公章 年 月 日 | 市级财政部门审核意见  单位公章 年 月 日 |