

附件

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）							
单位所处行政区域		市			县（区）		
是否三证合一	☐ 是	☐ 统一社会信用代码					
	☐ 否	☐ 营业执照注册号			组织机构代码		税务登记证号
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；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				市级科技部门审核意见 单位公章 年 月 日			