附件3

省直单位职工住房公积金补贴限额调整表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 |  | 身份证号码 |  | 职级 |  |
| 配偶姓名 |  | 身份证号码 |  | 职级 |  |
| 政策性住房情况 |  |
| 调整原因 |  |
| 申请人单位审核意见： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_同志，系我单位职工，\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_年参加工作，现享受职级\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，原补贴限额\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，累计实缴额\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_元，调整后限额\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_元；住房情况已核属实。审核人签字： 单位盖章单位人事部门盖章年 月 日 |
| 申请人配偶所在单位审核意见：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_同志，系我单位职工，\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_年参加工作，享受职级\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，已发一次性住房补贴\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_元，工龄补贴\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_元；住房公积金补贴目前已累计缴交\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_元，住房情况已核属实。审核人签字： 单位盖章年 月 日 |
| 办理情况 | 应享受住房补贴金额核算： |
| 经办人签字：年 月 日 |
| 复审人签字：年 月 日 |

 单位经办人： 联系电话：

注：申请人工龄职级应由单位人事部门核定。