附件1

新疆维吾尔自治区社会保险基金监督举报奖励审批表

 编号：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 举报人姓名或代号（单位名称） |  | 性别 |  | 身份证号码或身份识别信息 |  |
| 举报人联系电话 |  | 通讯地址及邮编 |  |
| 立案日期 |  | 结案日期 |  |
| 相关法律文书文号 |  | 相关法律文书认定结果及社保基金损失金额 |  |
| 举报事项 |  |
| 查实情况 |  |
| 案件承办机构奖励建议 | 经核查，举报人举报的欺诈骗保违法违规行为属实，查实基金损失金额 元。根据《新疆维吾尔自治区社会保险基金监督举报奖励暂行办法实施办法》第 条第 款，应按 　　　标准给予奖励，建议奖励金额 元（大写  　元）。　　经办人： 　　　审核人： 　　审批领导：　单位盖章： 　　　　日期： 年 月 日 |
| 基金监督机构意见 | 经办人签名： 年 月 日 | 审批领导签名： 年 月 日 |
| 财务审核意见 | 签名： 日期： 年 月 日 |
| 机关负责人审批意见 | 　　签名： 日期： 年 月 日 |

备 注： 本表一式3份，案件承办单位、基金监督、财务各留一份。