

附件

# 市参加省直社会保险统筹企业退休人员移交社区管理情况表

填报单位：

序号	单位名称	主管单位	移交人数	所属区(县)								自主发放待遇	审核时间
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
合计													

填表人：

负责人：

年 月 日

说明：本表于每年1月20日和7月20日前各报送一次。