附件1

广西壮族自治区××厅（局）

社会保险基金监督举报奖励支付确认表

编号：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 举报人姓名 |  | 联系电话 |  |
| 举报事项 |  | | |
| 举报案件 查实金额 |  | | |
| 举报奖励金额 |  | | |
| 承办单位意见 |  | | |
| 基金监督（税务稽查）机构意见 |  | | |
| 财务部门意见 |  | | |
| 单位领导意见 |  | | |
| 备注 |  | | |
| 说明：“承办单位意见”“基金监督（税务稽查）机构意见”“财务部门意见”均填写“具体经办人”“主要负责人”意见并签名、具体时间（含年月日），“单位领导意见”需签署意见、姓名和具体时间（含年月日）。 | | | |
|  | | | |