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/名称 |  | 联系电话 |  |
| 证件类型 |  | 证件号码 |  |
| 银行账号 |  | 开户银行 |  |
| 详细地址 |  | | |
| 举报事项 |  | | |
| 违法违规行为是否造成基金损失 |  | | |
| 违法违规行为造成基金损失金额 |  | | |
| 举报奖励金额 |  | | |
| 案件承办机构 （单位）意见 |  | | |
| 奖励承办机构意见 |  | | |
| 财务机构意见 |  | | |
| 单位领导意见 |  | | |
| 备 注 |  | | |
| 说明：“案件承办机构（单位）意见”“奖励承办机构意见”“财务机构意见”均填写“具体经办人”“主要负责人”意见并签名、具体时间，“单位领导意见”需签署意见、姓名和具体时间。 | | | |