附件1

天峨县社会保险费缴费争议处置事项申请单

申请时间：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 联系方式 |  |
| 身份证  号码 |  | | |
| 代办人  姓名 |  | 联系方式 |  |
| 身份证  号码 |  | | |
| 受理事项 |  | | |
| 问题简述 |  | | |
| 受理部门 |  | | |