|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ĐƠN VỊ:……………**BỘ PHẬN………….--------------** |  | **Mẫu số: C73-HD***(Ban hành kèm theo Thông tư số 102/2018/TT-BTC ngày 14 tháng 11 năm 2018 của Bộ Tài chính)* |

**GIẦY ĐỀ NGHỊ TẠM ỨNG CHI TRẢ LƯƠNG HƯU VÀ TRỢ CẤP BHXH**

*Tháng……….. Năm…………*

Số: ……………………..

Họ và tên ………………………………………………………………….Số chứng minh thư:

Địa chỉ:

Là Đại diện chi trả của

 *Đơn vị tính:*…………………..

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **STT** | **Loại đối tượng** | **Số phải trả** |
| **Số người** | **Số tiền** |
| A | B | 1 | 2 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Tổng cộng I và II** |  |  |

Tổng số tiền đề nghị tạm ứng (Viết bằng chữ)…………………………………..

Ấn định số người ……………………………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| *Ngày….. tháng…… năm…….* | *Ngày…... tháng……. năm……...* |
| **KẾ TOÁN TRƯỞNG***(Ký, họ tên)* | **THỦ TRƯỞNG ĐƠN VỊ***(Ký, họ tên, đóng dấu)* | **NGƯỜI TẠM ỨNG** *(Ký, họ tên)* |