残疾人就业保障金缓减免申请审批表

 单位名称: 年审档案号：

 纳税人编码： 组织机构代码:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请单位基本情况 |  20＿年度平均职工人数 |  |  应安排残疾职工人数 |  |
|  已安排残疾职工人数 |  |  应缴保障金数额（元） |  |
| **亏损年度及人均工资情况** |
| 20＿年度年平均工资(元/人)  |  | 20＿ 年度利润总额（元）  |  |
|  申 请 类 别 | 减缴（元） |  | 减缴金额 |  | 实缴金额 |  |
| 缓缴（元） | 缴纳计划时间： |  |
| 免缴（元） |  |
|  申请理由要点 | 本单位提供的资料合法真实，如有虚假伪造，愿意承担法律责任。(申请报告另附)法定代表人签名:   年 月 日(盖章) | 申请单位主管部门意见 |   年 月 日(盖章) |
| 审核小组意见 |     年 月 日(盖章) |
| 审批意见 |   年 月 日(盖章） |

 申请经办部门： 经办人: 联系电话： 本表一式两份

 受理收件人: 联系电话： 收件日期: 年 月 日