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