附件1

宿迁市市区用人单位按比例补贴和超比例奖励申请审批表

|  |
| --- |
| 审批表编号：  |
| 用人单位名称 | 　 |
| 单位性质 | 　 | 法定代表人(负责人)  | 　 |
| 统一社会信用代码 | 　 | 联系电话 | 　 |
| 单位地址 | 　 | 邮编 | 　 |
| 户名 | 　 | 开户银行 |  | 银行帐号 |  |
| 单位在职职工总数 |  人 | 应安排残疾人职工数 |  人 |
| 抵扣残保金人数 |  人 | 达比例人数 |  人 |
| 实际安排残疾职工人数 |  人 | 实际安排全年在职残疾人数 |  人 |
| 符合达比例补贴残疾人数 |  人 | 符合超比例奖励残疾人数 |  人 | 按比例补贴： 元；超比例奖励： 元。 |
| 申请理由： 用人单位(盖章)法定代表人: 经办人: 年 月 日 |
| 市残疾人就业服务机构审核意见 | 市残联审批意见 | 市财政审批意见 |
|  （盖章） |  （盖章） |  （盖章） |
| 初审经办人：  | 经办人： | 经办人： |
| 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 |
| 复审经办人： | 负责人： | 负责人： |
|  年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 |
| 核定的单位按比例残疾人数 ，核定的单位超比例残疾人数 人。 |
| 实际奖励金额 | 按比例补贴 元，超比例奖励 元；合计 元 |
| 备注 | 　 |
| 注：1、应安排残疾人职工数=单位在职职工总数×1.5%（保留小数点）。1. 抵扣残保金人数=用人单位安排残疾人总月数/12（保留小数点）。
2. 达比例人数=单位在职职工总数×1.5%（小数点向上取整）。
3. 实际安排残疾职工人数为用人单位年度内安排残疾职工总数，全年在职的为实际安排全年在职残疾职工。
 |