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。 | | | | | |