**深圳市残疾人养老保险和医疗保险补贴申请表**

单位盖章：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **用人单位基本情况** | 单位名称 |  | 统一社会信用代码 |  |
| 地址 |  | 社保单位编号 |  |
| 开户银行 |  | 帐户名称 |  |
| 银行帐号 |  | 联系人 |  |
| 手机号码 |  | 办公电话 |  |
| **申请补贴** | 补贴标准 | 残疾员工数 | 养老保险（元） | 医疗保险（元） |
| 单位部分 | 个人部分 | 单位部分 | 个人部分 |
| 按照市人力资源和社会保障部门公布的当年最低缴费标准给予补贴。 | **1人** | **1848.00** | **1056.00** | **1993.08** | **766.56** |
| **单位承诺** | **单位承诺****以上申报情况属实，如有虚假，愿意退回已取得的补贴，并接受相关法律法规的处理。**签名： 2021 年 1月日  |
| **审核审批意见** | 该申请情况 □属实（ □不属实），经审核 □同意（ □不同意）给予 个月深圳市残疾人养老保险和医疗保险补贴，共 元，其中单位部分补贴 元，个人部分补贴 元。 审批人签名： （盖章） 年 月 日 |

**深圳市残疾人养老保险和医疗保险补贴汇总表**

（ 2020年7月—2020年12月）

单位名称（盖章）： 填表时间：2021年1月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 残疾类型及等级 | 工资（元） | 残疾职工银行帐号及开户行支行名称 | 个人缴交部分 | 单位缴交部分 |
| 养老保险 | 医疗保险 | 养老保险 | 医疗保险 |
| 标准 | 月数 | 金额 | 标准 | 月数 | 金额 | 标准 | 月数 | 金额 | 标准 | 月数 | 金额 |
|  |  |  |  | **4000xxxxxxxxxxxxx****中国工商银行** | **176.00** | **6** | **1056.00** | **127.76** | **6** | **766.56** | **308.00** | **6** | **1848.00** | **332.18** | **6** | **1993.08** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合 计 |  | **6** | **1056.00** |  | **6** | **766.56** |  | **6** | **1848.00** |  | **6** | **1993.08** |

填表说明：1.疫情期间，社保清单上的缴纳金额如果低于以上数据，则按单位实际缴交的金额填写。

1. 本项补贴每年申请两次，每次申请月份数不得超过6个月。
2. 表格中标准不需相加。
3. 小数点保留两位数。