**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。