深圳市用人单位超比例安排残疾人就业奖励申请表

附件2

(2020年度)

填表时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | | | | | | |
| 单位地址 |  | | | | | | | |
| 联 系 人 |  | | | 联系电话 |  | | 邮政编码 |  |
| 法人代表 |  | | | 组织机构  代码 |  | | 单位  社保编号 |  |
| 注册类型 |  | | | 行业分类 |  | | 经营状况 |  |
| 开 户 行 |  | | | 银行帐号 |  | | 账户名称 |  |
| 用人单位申报数据 | | | | | 区残联核准数据及审核意见 | | | |
| \*单位在岗职工总数 | | |  | | 核准数据 | 单位在岗职工总数 | |  |
| 残疾人职工总数 | | |  | | 残疾人职工总数 | |  |
| 安置残疾人比例 | | |  | | 安置残疾人比例 | |  |
| 超比例安排残疾人数 | | |  | | 超比例安排残疾人数 | |  |
| 申请奖励金额 | | |  | | 核准奖励金额 | |  |
| 与残疾职工签订合同情况 | | 固定期限劳动合同： 人  无固定期限劳动合同： 人 | | | 区残联审核意见：  审核人：  负责人：  （公章）  年 月 日 | | | |
| 残疾职工购买社保情况 | | 购买社保： 人  未购买社保： 人 | | |
| 残疾职工月均工资 | | |  | |
| 经办人：  负责人：  （单位盖章） 年 月 日 | | | | |
| 市残疾人综合服务中心审核意见：  审核人：  负责人：  （公章）  年 月 日 | | | | | | | | |
| 备注 | |  | | | | | | |

\*注：“单位在岗职工总数”为上一年度参加社会保险（按参保人数最多的险种）的月平均参保人数。