**附件1**

**深圳市招用残疾人用人单位奖励申请表**

（ 2024 年1月至 2024 年6月）

 填报日期：2024 年 7 月 日

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 单位地址 |  | 负责人 |  |
| 统一社会信用代码 |  | 联系电话 |  |
| 开户银行 |  | 银行账号 |  |
| **奖励****申请****情况** | 残疾人员工人数（人） | 申请奖励金额(元) |
|  |  |
| **用人****单位****承诺** | 本单位承诺：以上填报信息真实有效。如有虚报瞒报，自愿全额退回款项，并承担相应法律责任。负责人（公章）： 年 月日 |
| **以下由审核部门填写** |
| **区（街道）****残联意见** | 经审核，用人单位安排 名残疾人在岗就业，同意给予 元（大写： ）奖励。初审人： 复核人： （公章） 年 月 日  |

注：申请金额应与《深圳市用人单位招用户籍残疾人情况表》中的“申请金额”一致。