绍兴市柯桥区超比例安排残疾人就业企业奖励申请审批表

申报单位（盖章）： 年 月 日

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 联系电话 |  | 法定代表人(负责人) |  |
| 组织机构代码 |  | 类型 | □集中就业 □按比例就业□免征残保金的小微企业 |
| 单位地址 |  | 邮编 |  |
| 开户银行 |  | 户名 |  |
| 银行账号 |  | 在职职工总数 | 人 | 残疾人职工数 | 人 |
| 应安排残疾人比例 | % | 应安排残疾人职工数 | 人 | 奖励标准 | 元/人 |
| 超比例残疾人数 | 人 | 申请超比例奖励金额 | 元 |
| 本单位申报在职职工人数及残疾人职工人数真实可靠，与缴纳社保费记录及残疾人就业保障金情况相符，如有虚假、挂靠等情况，愿意按有关规定接受相关部门处理。 单位负责人签名： |
| 当地残疾人就业服务机构审核意见：（盖章）年 月 日 | 当地残联审定意见：（盖章）年 月 日 |
| 核定的超比例安置人数 | 人 | 实际奖励金额 | 元 |
| 备注 |  |
| 注：1.应安排残疾人职工数=在职职工总数×应安排残疾人比例（有小数点向上取整数）；2.超比例残疾人数=残疾人职工数-应安排残疾人职工数；3.实际奖励金额=核定的超比例残疾人数×超比例奖励标准。 |