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。 | | | | | | | | | | |