残疾人就业保障金减免缓申请表

用人单位名称（公章）：  统一社会信用代码/纳税人识别号：

通讯地址：        联系电话：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 申请事项 | | | 申请事由 | |
| 1 | 缓缴 | 减缴 | 免缴 |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
| 申报 声明 | 本单位所申报的残疾人就业保障金相关信息真实、准确并完整，与事实相符。  法定代表人（负责人）签名：  年 年 月 日 | 经 办 人 |  | 申请日期 | 年 月 日 |
| 受理残疾人就业服务机构 | （公章） | 受理日期 | 年 月 日 |
| 受 理 人 |  |

**填表说明：**1.申请减免保障金的最高限额不得超过1年的保障金应缴额。

2.申请缓缴保障金的最长期限不得超过6个月，期满后须如数补缴。