|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 残疾人就业保障金缴费申请表  用人单位名称（公章）： 纳税人识别号：  通讯地址： 联系电话： | | | | | | | | | | | |
| \*序号 | \*费款所属期起 | \*费款所属期止 | \*上年在职职工工资总额 | \*上年在职职工人数 | \*应xx排残疾人就业比例 | \*上年实际安排残疾人就业人数 | \*上年在职职工年平均工资 | \*本期应纳费额 | 本期减免费额 | 本期已缴费额 | 本期应补（退）费额 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8=4/5 | 9=（5\*6-7）\*8 | 10 | 11 | 12=9-10-11 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| \*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 月 日 | | | | | \*经 办 人 | |  | \*申报日期 | 年 月 日 | |
| \*受理税务机关 | |  | \*受理日期 | 年 月 日 | |
| \*受 理 人 | |  |

【表单说明】