附表1：

**江门市用人单位安排残疾人就业社会保险补贴申请表（表Ⅰ）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | 统一信用代码 |  |
| 单位地址 |  | | 法人手机号码 |  |
| 法人姓名 |  | 法人身份证号码 |  | |
| 上年度职工总人数 | 人 | 上年度在岗残疾  职工人数 | 人 | |
| 收款开户银行 | 市 　 银行  　　　　　　　分行 | 收款账户名 |  | |
| 收款银行账号 |  | 累计申请数据 | 累计申请 年 元 | |
| 补贴标准 | 元/人/月 | 申请补贴总月数 | 月 | |
| 申请补贴人数 | 人 | 本次申请补贴总额 | 元 | |
| 用人单位  填写情况 | 本单位 年开始安排残疾人就业，且单位安排的 名残疾人职工  已连续在本单位就业 年以上，上年度已按比例安排残疾人就业年审达  标，现申请用人单位社会保险补贴，补贴金额人民币 万 仟 　佰 元  角 分（小写¥ ）。  经办人及联系电话：  （盖章）  年 月 日 | | | |

注：须核对用人单位经办人身份证和发票原件，交复印件存档。

附表1：

**江门市户籍在岗残疾人职工花名册（表Ⅱ）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 残疾人证号 | 残疾  类别与等级 | 月收入 | 连续在本单位就业 且在岗时段 | 上年度社保缴费时段 | 社保费单位缴费部分金额 | 申请社保补贴金额（单位缴费部分 %） |
| 1 |  |  |  |  | 级 | 元 | 年 月至 年 月 | 月至 月 |  |  |
| 2 |  |  |  |  | 级 | 元 | 年 月至 年 月 | 月至 月 |  |  |
| 3 |  |  |  |  | 级 | 元 | 年 月至 年 月 | 月至 月 |  |  |
| 4 |  |  |  |  | 级 | 元 | 年 月至 年 月 | 月至 月 |  |  |
| 5 |  |  |  |  | 级 | 元 | 年 月至 年 月 | 月至 月 |  |  |
| 6 |  |  |  |  | 级 | 元 | 年 月至 年 月 | 月至 月 |  |  |
| 7 |  |  |  |  | 级 | 元 | 年 月至 年 月 | 月至 月 |  |  |
| 8 |  |  |  |  | 级 | 元 | 年 月至 年 月 | 月至 月 |  |  |
| 9 |  |  |  |  | 级 | 元 | 年 月至 年 月 | 月至 月 |  |  |
| 10 |  |  |  |  | 级 | 元 | 年 月至 年 月 | 月至 月 |  |  |
| 合 计 | | | | | | | | |  |  |

单位名称（盖章）： 填报人： 填报日期： 年 月 日

注：残疾类别与等级栏填写内容为：残疾类别+等级，如：肢体4级。