附表2：

**江门市残疾人就业环境改造、就业设施设备补贴申请表（表Ⅰ）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位全称 |  | 法定代表人 | |  |
| 联系地址 |  | 法人身份证号 | |  |
| 登记注册时间 |  | 法人固定电话  及手机号码 | |  |
| 经办人及　　　电话号码 |  | 残疾人微信号 | |  |
| 统一信用代码 |  | 上年度缴纳残疾人  保障金金额 | | 元 |
| 上年度按比例安排残疾人数 | 人 | 上年度本市户籍在岗且已购买社保或签订灵活就业协议1年以  上的残疾人职工人数 | | 人 |
| 带动安置残疾  人平均人数 | 人 | 残疾人月均收入 | | 元/月 |
| 扶贫就业  基地级别 | □国家级 □省一级 □省二级 □省三级 □市级 □ | | | |
| 基地类型  及基本性质 | □残疾人扶贫基地　 □残疾人就业基地 □残疾人培训基地  □创业创新孵化基地 □公办 　□民办　 □其他 | | | |
| 收款开户银行 | 市　　　　　银行  　　　　　　　　　　支行 | 收款账户名 |  | |
| 向市残联申请扶持金额 | 人民币　　　拾　　万　　仟元（¥　 ） | | | |
| 向市（区）残联申请扶持  金额 | 人民币　　　拾　　万　　仟元（¥　 ） | | | |
| 申请  单位  确认 | 法人代表（负责人）签名： （盖章）  年　月　日 | | | |

注：须核对申请经办人身份证原件，交复印件存档。

附表2：

**江门市户籍在岗残疾人职工花名册（表Ⅱ）**

单位名称（盖章）：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　填报人：　　　　　　　　　　　　填报时间：　年　月　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 残疾证号 | 残疾类别  与等级 | 月收入 | 在本单位工作时间 | 户口所在地 | 联系电话 |
| 1 |  |  |  |  | 级 | 元 | 年　月至　　年　月 |  |  |
| 2 |  |  |  |  | 级 | 元 | 年　月至　　年　月 |  |  |
| 3 |  |  |  |  | 级 | 元 | 年　月至　　年　月 |  |  |
| 4 |  |  |  |  | 级 | 元 | 年　月至　　年　月 |  |  |
| 5 |  |  |  |  | 级 | 元 | 年　月至　　年　月 |  |  |
| 6 |  |  |  |  | 级 | 元 | 年　月至　　年　月 |  |  |
| 7 |  |  |  |  | 级 | 元 | 年　月至　　年　月 |  |  |
| 8 |  |  |  |  | 级 | 元 | 年　月至　　年　月 |  |  |
| 9 |  |  |  |  | 级 | 元 | 年　月至　　年　月 |  |  |
| 10 |  |  |  |  | 级 | 元 | 年　月至　　年　月 |  |  |
| 11 |  |  |  |  | 级 | 元 | 年　月至　　年　月 |  |  |
| 12 |  |  |  |  | 级 | 元 | 年　月至　　年　月 |  |  |
| 13 |  |  |  |  | 级 | 元 | 年　月至　　年　月 |  |  |
| 14 |  |  |  |  | 级 | 元 | 年　月至　　年　月 |  |  |
| 15 |  |  |  |  | 级 | 元 | 年　月至　　年　月 |  |  |

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。