附件1

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 非营利组织名称 |  | 设立登记时间 |  |
| 登记管理机关 |  | 业务主管单位 |  |
| 法定代表人 |  | 联系电话 |  |
| 住　　所 |  | 邮政编码 |  |
| 宗　　旨 |  |
| 业务范围 |  |
| 是否符合税法相关规定 | 依照国家有关法律法规设立或登记的事业单位、社会团体、基金会、社会服务机构、宗教活动场所、宗教院校以及财政部、税务总局认定的其他非营利组织 | □是 □否 |
| 从事公益性或者非营利性活动 | □是 □否 |
| 取得的收入除用于与该组织有关的、合理的支出外，全部用于登记核定或者章程规定的公益性或者非营利性事业 | □是 □否 |
| 财产及其孳息不用于分配，但不包括合理的工资薪金支出 | □是 □否 |
| 按照登记核定或者章程规定，该组织注销后的剩余财产用于公益性或者非营利性目的，或者由登记管理机关采取转赠给与该组织性质、宗旨相同的组织等处置方式，并向社会公告 | □是 □否 |
| 投入人对投入该组织的财产不保留或者享有任何财产权利，本款所称投入人是指除各级人民政府及其部门外的法人、自然人和其他组织 | □是 □否 |
| 工作人员工资福利开支控制在规定的比例内，不变相分配该组织的财产，其中：工作人员平均工资薪金水平不得超过税务登记所在地的地市级（含地市级）以上地区的同行业同类组织工资水平的两倍，工作人员福利按照国家有关规定执行 | □是 □否 |
| 对取得的应纳税收入及其有关的成本、费用、损失应与免税收入及其有关的成本、费用、损失分别核算 | □是 □否 |
| 复 审 | □五年有效期到期 □不再具备规定的免税条件的 |
|  本非营利组织承诺：以上所填信息真实、准确。非营利组织盖章： 法定代表人：（签名） 年 月 日 |

**江门市市级非营利组织**\_\_ \_\_**年度免税资格申请表**

联系人： 联系电话：

**关于 年度免税资格认定的申请报告**

江门市财政局、国家税务总局江门市税务局：

 （本会的宗旨，目前组织的状况，开展工作的简单情况以及对照财政部和税务总局出台的《关于非营利组织免税资格认定有关问题的通知》的要求，是不是符合免税资格的条件，提出免税资格的申请。）

申请单位：

 年 月 日