用人单位安排残疾人就业岗位补贴

（超比例奖励）申请审批表

审批表编号：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 用人单位名称 | |  | | | 纳税人识别号 |  |
| 单 位 性 质 | |  | | | 税务登记证号 |  |
| 注册登记号  （《个体工商户营业  执照》注册号） | |  | | | 法定代表人  （负责人） |  |
| 单 位 地 址 | |  | | | 邮 编 |  |
| 单位职工总数 | | 人 | | | 电 话 |  |
| 残疾人职工数 | | 人，其中：女 人 | | | 安置比例 | % |
| 单位职工  月平均工资 | | 元/月 | | | 残疾人职工  月平均工资 | 元/月 |
| 与残疾人职工  签订合同情况 | | 固定期限劳动合同： 人  无固定期限劳动合同： 人 | | | 申请补贴金额 | 元 |
| 超比例安排  残疾人就业人数 | |  | | | 申请补贴金额 | 元 |
| 开户银行 |  | | 开户银行账号 | |  | |
| 本年新招用残疾人就业人数 人，其中：女 人 | | | | | 合 计 | 元 |
| 用人单位（公章）  经办人： 法定代表人： 年 月 日 | | | | | | |
| 残疾人就业服务机构审核意见：  经办人：  负责人： （公章）  年 月 日 | | | | 残联审核意见：  经办人：  负责人： （公章）  年 月 日 | | |
| 备 注 |  | | | | | |

注：此表一式两份，残疾人就业服务机构、用人单位各执一份。