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。