**济宁市用人单位超比例安排残疾人就业奖励申请表（ 年度）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **单位名称（盖章）** | |  | | | **法人代表** |  | |
| **单位地址** | |  | | | **联系人** |  | |
| **统一社会信用代码** | |  | | **联系电话** |  | | |
| **银行账号** | |  | | **账户名称** |  | | |
| **开户银行** | |  | | | | | |
| **单位职工总数（人）** | | |  | **实际安排残疾人就业人数（人）** | | |  |
| **达到1.5%应安排残疾人就业人数（人）** | | |  | **残联就业机构审核认定超比例安排残疾人就业人数（人）** | | |  |
| **申请奖励金额（元）** | | | **大写：** | | | | |
| **申请**  **项目**  **和承诺** | **我单位承诺：申报的超比例安排残疾人就业奖励各项数据材料真实、准确、完整，如有虚假申报，愿承担相应的法律责任。**  **单位（盖章）**  **年 月 日** | | | | | | |
| **残联就业机构审核意见** | **核定超比例安排残疾人就业人数： 人；**    **奖励共计（大写）： ；**    **单位（盖章）**  **年 月 日** | | | | | | |
| **残联**  **审批**  **意见** | **单位（盖章）**  **年　 月 日** | | | | | | |

**注：1.残疾人就业保障金缴纳中关于“安排1名持有《中华人民共和国残疾人证》（1-2 级）或《中华人民共和国残疾军人证》（1-3级）人员就业的，按安排2名残疾人计算”的规定，不适用超比例就业奖励。**

**2.本表一式两份。**