**宁波市用人单位超比例安排残疾人就业奖励申请审批表**

申报单位(盖章) 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位  名称 |  | | | | | | | |
| 联系  电话 |  | | | 法定代表人  (负责人) | |  | | |
| 组织  机构  代码 |  | | | 类型 | □集中就业企业□按比例就业企业  □免征残疾人就业保障金的小微企业  □非企业用人单位 □其他 | | | |
| 单位  地址 |  | | | | 邮编 |  | | |
| 开户银行 帐号 |  | | | 户名 |  | | | |
| 在职职工 总数 | 人 | 应安排残疾人 比例 | | | % | 应安排残疾人 职工数 | | 人 |
| 实有残疾 人职工数 | 人 | 其 中 ： | | | 本省户籍残疾人职工数： 人 | | | |
| 非本省户籍残疾人职工数： 人 | | | |
| 超比例残 疾人数 | 人 | 奖励标准 | | | 元/人 | 申请超比例奖励 金额 | | 元 |
| 本单位申报在职职工人数及残疾人职工人数真实可靠，与缴纳社保费记录及残疾人就业保 障金情况相符，如有虚假、挂靠等情况，愿意按有关规定接受相关部门处理。  单位负责人签名： | | | | | | | | |
| 残疾人就业服务机构审核意见：  (盖章)  年 月 日 | | | | | 残联审定意见：  (盖章)  年 月 日 | | | |
| 核定的超比例残疾人数 | | | 人 | | 实际奖励金额 | | 元 | |
| 备注 |  | | | | | | | |
| 注：1.此表一式二份，当地残联、企业各一份；  2.应安排残疾人职工数=在职职工总数×应安排残疾人比例(有小数点向上取整数); 3.超比例残疾人数=残疾人职工数-应安排残疾人职工数；  4.实际奖励金额=核定的超比例残疾人数×超比例奖励标准。 | | | | | | | | |