附件17

无锡市用人单位安排残疾人按比例就业补贴和超比例奖励申请表

|  |
| --- |
| 审批表编号：  |
| 单位名称 |  |
| 单位性质 |  | 法定代表人(负责人) |  |
| 组织机构代码 |  | 联系电话 |  |
| 单位地址 |  | 邮编 |  |
| 开户银行 |  | 银行帐号 |  |
| 单位在职职工总数（人） |  | 单位残疾人职工数（人） |  | 单位应安排残疾人职工数（人） |  | 上年度月最低工资（元） |  |
| 按比例残疾人数（人） |  | 申请金额（元） |  | 超比例残疾人数（人） |  | 申请金额（元） |  |
| 申请资料真实性承诺：承诺以上所填项目和提供资料属实，如有不实，愿承担由此引起的一切责任。抄录：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 法定代表人: 经办人: 用人单位(盖章)： 年 月 日  |
| 核定的单位按比例残疾人数 （人） |  |
| 核定的单位按比例补贴金额 （元） |  |
| 核定的单位超比例残疾人数 （人） |  |
| 核定的单位超比例补贴金额 （元） |  |
| 补贴及奖励总金额（元） |  |
| 街道（镇）残联意见： 经办人： 单位公章： 年 月 日 |
| 区残联意见：经办人： 单位公章： 年 月 日 |