附件2

补助奖励申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | | | | | |
| 统一社会信用代码 |  | | | | | | |
| 单位性质 | 企业🞎机关🞎事业单位🞎  社会团体🞎民办非企业🞎其他🞎 | | | | | | |
| 法定  代表人 |  | | 联系电话 | | | |  |
| 经办人 |  | | 联系电话 | | | |  |
| 单位地址 |  | | | | | | |
| 开户银行 |  | | | 银行账户 | | |  |
| 经营状况 |  | | | | | | |
| 单位在职职工总数 |  | | | 安排就业的残疾人人数 | | |  |
| 超比例安排就业的残疾人  人数 |  | | | 申请奖励  金额（元） | | |  |
| 申请项目和承诺 | 申请 。我个人/单位承诺：申报和各项数据和材料真实、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 | | | | | | |
| 团场残联业务部门意见 | 审核人：  时 间： | | | | | | |
| 师残联审核意见 | 单位在职  职工总数 | 残疾人职工总数 | | | 核定奖励人数 | 单位（盖章）：  年 月 日 | |
|  |  | | |  |
| 当年单位和职工社会保险缴费基数的最低标准 | 政策享受  是否重复 | | | 核定补助奖金额（元） |
|  |  | | |  |