附件

受疫情影响经营困难企业缓缴申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | | | |
| 单位代码 |  | | | | |
| 行业类别 |  | | | | |
| 经营范围 |  | | | | |
| 联 系 人 |  | | 手 机 |  | |
| 申请缓缴  月 份 | 2月 □ | 3月 □ | 4月 □ | 5月 □ | 6月 □ |
| 我单位承诺在政策规定时间内，及时补缴申请缓缴的社会保险费。  请手写上述承诺内容：      单位公章或法人签字：  年 月 日 | | | | | |