附件1

江苏省用人单位按比例补贴和

超比例奖励申请审批表

|  |
| --- |
| 审批表编号：  |
| 用人单位名称 | 　 |
| 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 | 　 | 户名 |  |
| 银行帐号 |  | 单位在职职工总数 | 人 | 单位残疾人职工数 | 人 |
| 应安置残疾人比例 | % | 单位应安排残疾人职工数 | 人 | 上年度月最低工资标准 |  元 |
| 达比例残疾人数 | 人 | 超比例残疾人数 | 人 | 申请金额 | 按比例补贴： 元超比例奖励： 元 |
| 申请理由： 用人单位(盖章)法定代表人: 经办人: 年 月 日 |
| 省、市、区（县）残疾人就业服务机构审核意见 | 省、市、区（县）残联审批意见： |
|  （盖章） |  （盖章） |
|  年 月 日 |  年 月 日 |
| 经办人： |  负责人： | 经办人： |  负责人： |
| 核定的单位达比例残疾人数  | 人 | 核定的单位超比例残疾人数 | 人 |
| 实际奖励金额 | 按比例补贴 元，超比例奖励 元 | 合计 |  元 |
| 备注 | 　 |
| 注：1、此表一式三份，省、市、区（县）残疾人就业服务机构，省、市、区（县）残联，用人单位各一份。2、单位应安排残疾人职工数=单位在职职工总数×应安置残疾人比例（有小数点向上取整数）3、超比例残疾人数=单位残疾人职工数-单位应安排残疾人职工数4、按比例补贴=核定的单位达比例残疾人数×按比例补贴标准（不低于上年度当地月最低工资标准的2倍）5、超比例奖励=核定的单位超比例残疾人数×超比例奖励标准（不低于上年度当地月最低工资标准的4倍） |

附件2

用人单位在岗残疾人职工花名册

用人单位（盖章）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓 名 | 性别 | 年龄 | 身份证号 | 户籍所在地 | 联系电话 | 劳动合同期限（年月—年月） | 享受补贴（奖励）次数 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

用人单位填表人： 电话： 残疾人就业服务机构审核人： 电话： 年 月 日