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