附件3

广西壮族自治区残疾人就业保障金

减免（缓缴）申请表

申报年度： 填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | 法人代表 |  |
| 单位地址 |  | 社会信用代码  纳税人识别号 |  |
| 联系人及联系电话 |  | 税务登记机关  （残保金征收机关） |  |
| 年度应缴纳残保金（元） |  | | |
| 申请事项 |  | | |
| 申请理由 |  | | |
| 相关附件 |  | | |
| 申请单位声明 | 本单位声明本表所填资料及相关附件真实、可靠、如有伪报、瞒报愿承担相应的法律责任。  法人代表或主要负责人（签字或盖章）：  单位盖章：  年 月 日 | | |
| 税务登记机关  （残保金征收机关）  审批意见 | （盖章）  经办人(签字或盖章) 负责人(签字或盖章) 年 月 日 | | |

说明：1.申请单位持本表、书面申请报告、遇不可抗力自然灾害或其他突发事件遭受重大直接经济损失的证明材料向残保金征收机关提出申请。

2.用人单位申请减免残保金的最高限额不得超过1年残保金应缴额，申请缓缴残保金的最长期限不得超过6个月。

3.本表一式两份,分别残保金征收机关、用人单位留存。