附件1

赣州市企业超比例奖励申请审批表

（ 年度）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | 单位性质 |  |
| 单位地址 |  | 邮政编码 |  |
| 法定代表人（负责人） |  | 联系电话 |  |
| 银行账号 |  | 账户名称 |  |
| 开户银行 |  | 统一社会信用代码 |  |
| 单位在职职工总数 | 人 | 单位残疾人职工数 | 人 |
| 单位应安排残疾职工数 | 人 | 超比例残疾人职工数 | 人 |
| 申请项目和承诺 | 申请超比例安排残疾人就业奖励。我单位承诺:申报的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。法定代表人（负责人）： 经办人： 单位（盖章）： 年 月 日 |
| 残疾人就业服务机构审核意见 | 单位在职职工总数 | 人 | 残疾人职工数 | 人 |
| 核定奖励人数 | 人 | 当地最低工资标准 | 元 |
| 核定超比例奖励 | 元 |
| 单位（盖章）： 年 月 日 |
| 市残联审批意见 | 单位（盖章）： 年 月 日 |
|
|  |  |