**残疾人就业保障金缴费申报表**

**用人单位名称（公章）： 纳税人社会信用代码：**

**通讯地址： 联系电话：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **\*序号** | **\*费款所属**  **期起** | **\*费款所属**  **期止** | **\*在职职工工资总额** | **\*上年在职**  **职工人数** | **\*应安排残疾人就业比例** | **\*上年实际安排残疾人就业人数** | **\*在职职工年平均工资** | **\*本期应纳 费额** | **本期减免**  **费额** | **本期已缴 费额** | **本期应补（退）费额** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8=4/5** | **9=（5×6-7）×8** | **10** | **11** | **12=9-10-11** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **\*申报**  **声明** | **本单位所申报的残疾人就业保障金相关信息真实、准确并完整，与事实相符。**  **法定代表人（负责人）签名：**  **年 月 日** | | | | | **\*经 办 人** | |  | **\*申报日期** | **年 月 日** | |
| **\*受理税务机关** | | **（公章）** | **\*受理日期** | **年 月 日** | |
| **\*受 理 人** | |  |

**填表说明：1.标记“\*”为必填项目，未标记“\*”栏目由各地税务机关根据当地情况提出填写要求。**

**2.“用人单位名称”指《营业执照》《组织机构代码证》或其他核准证照上的“名称”。**

**3.“在职职工”是指用人单位在编人员或依法与用人单位签订1年以上（含1年）劳动合同（服务协议）的人员，季节性用工应当折算为年平均用工人数，以劳务派遣用工的，计入派遣单位在职职工人数**

**4.在职职工工资总额：按年申报缴纳的直接填写上年在职职工工资总额；按月（季）缴纳的，应将上年在职职工工资总额折算为在职职工月（季）工资总额。**

**5.“上年实际安排残疾人就业人数”依据残疾人就业服务机构核定后数据填写；如用人单位安排1名持有《中华人民共和国残疾人证》（1至2级）或《中华人民共和国残疾军人证》（1至3级）的人员就业的，按照安排2名残疾人就业计算。**

**6.本表一式二份，申报单位按照税务机关规定的申报期限向主管税务机关申报缴费，主管税务机关受理后，一份缴费用人单位留存，一份税务机关留存。**