**XXX税务局**

**残疾人就业保障金核定通知书**

**税　保核字〔   〕  号**

**×××:（ 纳税人社会信用代码：　　　　　　）**

**根据《湖北省残疾人就业保障金征收使用管理实施办法》（鄂财法规〔2017〕11号）第十一条之规定，你单位未按规定申报保障金，经责令限期改正仍未申报缴纳。经核查，贵单位 年度在岗职工平均人数 人，在岗职工年平均工资 元，应安置 名残疾人就业，实际安置残疾职工 人，应缴残疾人就业保障金¥ 元。请在收到该通知书之日起 日内缴内残疾人就业保障金。**

**告知事项：若对税务机关的核定有异议，可在接到本通知之日起10日内向税务机关申请复核。逾期未申请复核，视为没有异议。**

 **税务机关（公章）**

**年  月  日**