**×××税务局**

**限期缴纳残疾人就业保障金通知书**

**税　限缴字〔 〕 号**

 **：（ 纳税人社会信用代码：　　　　　　）**

**你单位未按期限缴纳 年 月 日至 年 月 日应缴残疾人就业保障金 元。根据《湖北省实施<中华人民共和国残疾人保障法>办法》第四十九条之规定，限你（单位）于 年　月　日前足额缴纳，并从 年 月 日起，按日加收千分之五的滞纳金。**

**逾期拒不缴纳的，我局将依法申请人民法院强执行。**

**告知事项：如对本通知有异议，可以自收到本通知之日起60日内依法向 申请行政复议，或自收到本通知之日起6个月内依法向 人民法院起诉。**

**税务机关（签章）**

**年 月 日**