附件1

**中山市用人单位超比例安排残疾人就业奖励申请**

**审批表**

单位所在镇(街道)：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 用  人  单  位  填  写  栏 | 用人单位名称 | |  | | | | | | | |
| 单位性质 | |  | | | 法定代表人(负责人) | | | |  |
| 组织机构代码 | |  | | | 联系电话 | |  | | |
| 单位地址 | |  | | | | | 邮编 | |  |
| 开户银行 | |  | | | 银行帐号 | |  | | |
| 单位职工  总数 | | 人 | | 单位残疾人  职工人数 | 人 | 男： 人， 女： 人 | | | |
| 1-2级： 人， 3-4级： 人 | | | |
| 单位职工  月平均工资 | | 元/人·月 | | | 残疾人职工  月平均工资 | | 元/人·月 | | |
| 申请理由：  在执行分散按比例安排残疾人就业政策中，我单位安排残疾人就业人数超过法定安置比例1人（含）以上，且有安排中山市户籍残疾人就业，现申请超比例安排残疾人就业奖励。 | | | | | | | | | |
| 用人单位(盖章) ：  法定代表人: 经办人: 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 镇(街道)残联审核意见：    经审核，情况属实。  (盖章)  年 月 日  经办人：  负责人： | | | | 市残疾人服务中心审核意见：  经核实，该单位 年度平均在职职工总数 人，应安  名残疾人就业，实安 　人，超安 人，其中非本市户籍残疾人 　人，本市户籍残疾人 　人(实际奖励月数 　月)，符合超比例安排残疾人就业奖励条件。  (盖章)  年 月 日  经办人：  负责人： | | | | | 市残联审批意见：  同意给予该单位 年度超比例安排残疾人就业奖励金额 元。  （盖章）  年 月 日  经办人：  负责人： | |
| 备 注 | |  | | | | | | | | |

注：1.此表由申请单位填写一式三份，市残疾人服务中心、市残联、用人单位各执一份。

2.提供超比例奖励相关证明材料。