**湖州市用人单位安排残疾人就业情况**

**审核确认书**

（ 年度）

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 纳税人识别号/计算机代码 |  |
| 通讯地址 |  | 邮 编 |  |
| 联系人 |  | 联系电话 |  | 手机号码 |  |
| 根据《浙江省财政厅 浙江省地方税务局 浙江省残疾人联合会转发财政部 国家税务总局 中国残疾人联合会关于印发〈残疾人就业保障金征收使用管理办法〉的通知》（浙财社〔2017〕26号）等有关规定，本市/县（区）行政区域内的机关、团体、企业、事业单位和民办非企业单位，应当按照不少于本单位在职职工总数1.5%的比例安排残疾人就业，达不到上述规定比例的，应当缴纳残疾人就业保障金。经审核：**你单位每月安排残疾人就业情况如下：** |
| 月份 | 1月份 | 2月份 | 3月份 | 4月份 | 5月份 | 6月份 | 7月份 | 8月份 | 9月份 | 10月份 | 11月份 | 12月份 |
| 残疾职工人数 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 其中重度残疾人 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 确认安排人数 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 请在规定时间内向主管地方税务机关自行申报缴纳残疾人就业保障金。如有异议，请于 年 月 日前与我单位联系，联系电话：2188052，传真：2121423。湖州市残疾人劳动就业服务管理中心（公章）年 月 日审核员编码：□□□□ |