附件1

**吉林市超比例安排残疾人就业奖励资金**

|  |  |
| --- | --- |
| 用人单位名称 |  |
| 用人单位地址 |  |
| 社会信用码 |  |
| 开户银行名称 |  |
| 银行账号 |  |
| 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 申请单位盖章：负责人签字： 经办人签字： 年 月 日 |
| 以下由残疾人服务机构核定填写 |
| 用人单位职工总数 | 人 | 残疾人职工数 | 人 |
| 残疾人就业比例 | % | 上年度当地月最低工作标准 | 元 |
| 超比例人数 | 人 | 执行标准（3520元/人/年） | 元 |
| 超比例奖励资金合计 |  |
| 残疾人就业服务机构意见（盖章）：负责人签字： 经办人签字： 年 月 日 |

**申领表**