按比例安排残疾人就业年审达标用人单位社会保险补贴申请规程

1. **适用条款:**

《实施细则》第六条。

对按比例安排残疾人就业年审达标的用人单位，给予用人单位社会保险补贴。社会保险补贴标准为上年度用人单位为残疾人实际缴纳的社会保险费单位缴费部分的50%进行补贴。该补贴实行先缴后补，已享受第五条自主创业社会保险补贴的残疾人不纳入本条规定的补贴对象。

**（二）申请流程：**

符合申领条件的用人单位可在年审期结束后6个月内向所属镇（街道）人力资源和社会保障局提出上年度社保补贴申请。镇（街道）人力资源和社会保障局在5个工作日内对申请进行初审,对不符合受理条件的，应在5个工作日内告知申请人；对符合受理条件的，镇（街道）人力资源和社会保障局在收到材料之日起15个工作日内对申请资料进行审批，审批通过的报镇（街道）财税部门，由镇（街道）财税部门按规定将补贴资金拨付到用人单位银行账户。

**（三）申请材料：**

1.顺德区用人单位招用残疾人社会保险补贴申请表一式两份（表23）；

2.顺德区用人单位上年度招用残疾人社会保险补贴明细表一式两份（表24）；

3.上年度《用人单位安排残疾人就业情况审核确认书》复印件；

4.上年度用人单位为残疾人缴纳社会保险费的缴费清单（可通过镇、街道或村、社区自助机打印）；

5.申请单位银行账户凭证复印件。

（以上复印件均需加盖单位公章）

表23 （ 序号： 网上申请号： ）

顺德区用人单位招用残疾人社会保险补贴申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | 法定代表人 |  |
| 单位地址 |  | 工商登记号(统一信用代码) |  |
| 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 上年度在职职工人数(年度职工社保人数填报) |  | 上年度残疾职工人数（按人社部门出具的《用人单位安排残疾人就业情况审核确认书》残疾职工数填报） |  | 是否达标 | □是（上年度用人单位实际残疾职工数>=上年度单位在职职工人数×1.5%）□否 |
| 开户银行 | 银行 | 账户名 |  |
| 银行账号 |  |
| 申请补贴残疾人人数 |  | 申请补贴金额（上年度残疾职工社保费单位缴费部分的50%） |  |
| 用人单位申请及声明 |   本单位按比例安排残疾人就业年审达标，现申请用人单位社会保险补贴，补贴金额为 。本单位承诺所有内容真实、准确、完整、与事实相符，否则自愿承担相应法律责任。 负责人签名： （单位盖章）  年 月 日 |
| **以下由审核部门填写** |
| 镇（街道）人社局初审意见 | 该单位情况 □属实（□不属实），经审核该单位上年度安排残疾职工 名，拟给予社保补贴 元。  受理人：  年 月 日 （公章）  |
| 镇（街道）人社局审批意见 |  □同意（□不同意）给予用人单位社保补贴 元。   负责人：  年 月 日 （公章） |

表24

顺德区用人单位上年度招用残疾人社会保险补贴明细表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 残疾人证号 | 残疾类型 | 残疾等级 | 上年度社保缴费时段 | 社保编号 | 社保费单位缴费部分金额 | 申请社保补贴金额（单位缴费部分50%） |
| 1 |  |  |  |  |  | 月至 月 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  | 月至 月 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  | 月至 月 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  | 月至 月 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  | 月至 月 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  | 月至 月 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  | 月至 月 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  | 月至 月 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  | 月至 月 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  | 月至 月 |  |  |  |
| 合计 |  |  |

单位（盖章）： 填报人： 填报日期： 年 月 日