**残疾人就业保障金缴费申报表（一）**

费款所属期：自 年 月 日至 年 月 日

缴费人识别号（统一社会信用代码）：□□□□□□□□□□□□□□□□□□

缴费人名称： 金额单位：元至角分

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | \*上年在职职工工资总额 | \*上年在职  职工人数 | \*应安排残疾人就业比例 | \*上年实际安排残疾人就业人数 | \*上年在职职工年平均工资（或当地社会平均工资的2倍） | 本期应纳 费额 | 本期减免  费额 | | 本期已缴 费额 | 本期应补（退）费额 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6=2/3 | 7=（3×4-5）×6 | 8=7\*100%（或50%、10%） | | 9 | 10=7-8-9 |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
| 声明：此表是根据国家有关法律法规及相关规定填写的，本人（单位）对填报内容（及附带资料）的真实性、可靠性、完整性负责。  缴费人（签字或者加盖印章）： 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 经办人：  经办人身份证号：  代理机构（签字或者加盖印章）：  代理机构统一社会信用代码： | | | | | 受理人：  受理税务机关（印章）：  受理日期： 年 月 日 | | | 受理人：  受理残联部门（印章）：  受理日期： 年 月 日 | | |

本表一式叁份，一份缴费人留存，一份税务机关留存，一份残联部门留存。（填报说明附后）

**填表说明：**

1.标记“\*”为必填项目**。**

2.“缴费人名称”指《营业执照》或其他核准证照上的“名称”。

3.“在职职工”是指用人单位在编人员或依法与用人单位签订1年以上（含1年）劳动合同（服务协议）的人员，季节性用工应当折算为年平均用工人数。

4.“应安排残疾人就业比例” 依据各省、自治区、直辖市、计划单列市人民政府规定维护并调用。

5.“上年实际安排残疾人就业人数”依据残联（残疾人就业服务机构）审核的残疾人就业情况填写。

6.“上年在职职工年平均工资（或当地社会平均工资的2倍）”：上年在职职工年平均工资不超过当地社会平均工资2倍的，按用人单位在职职工平均工资计算；超过当地社会平均工资2倍的，按当地社会平均工资2倍计算。

7.“本期应纳费额”：按照公式计算为负数的，填写“0”。

8.“本期减免费额”：在职职工总数30人（含30人）以下的企业，按规定暂按“本期应纳费额”的100%计算减免费额。其他企业和其他用人单位，实际安排残疾人就业比例低于应安排残疾人就业比例的，实行分档征收政策，在2020年1月1日至2022年12月31日期间，对于实际安排残疾人就业比例达到1%（含）以上的，按“本期应纳费额”的50%计算减免费额；对于实际安排残疾人就业比例低于1%的，按“本期应纳费额”的10%计算减免费额。