附件3：

用人单位安置就业特别困难残疾人补贴审批表

单位名称（盖章）： 填表时间 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 统一社会信用代码 |  | 单位地址 |  |
| 法人代表 |  | 负责人 |  | 联系电话 |  |
| 职工人数 |  | 在岗残疾职工数 |  | 就业特别困难人数 |  |
| **补贴项目及标准** |
| 项目 | 标准（元/月） | 人数 | 核发时段 | 金额（元） | 备注 |
| 就业补贴 |  |  | 年 月 至 年 月 |  |  |
| 社保补贴 |  |  | 年 月 至 年 月 |  |  |
| 岗位补贴 |  |  | 年 月 至 年 月 |  |  |
| 单位补贴金额 |  | 个人补贴金额 |  |
| 金额合计 | ￥：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_元 大写：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_元 |
| 区县残联意见  盖章 年 月 日 | 区县财政局意见  盖章 年 月 日 |
| 备注 |