# SB06 残疾人就业保障金缴费申报表

**残疾人就业保障金缴费申报表**

用人单位名称（公章）：                    纳税人识别号：

通讯地址：                           联系电话：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| \*序号 | \*费款所属 期起 | \*费款所属期止 | \*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 | \*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 | 7 | 8=4/5 | 9=（5×6-7）×8 | 10 | 11 | 12=9-10-11 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| \*申报 声明 | 本单位所申报的残疾人就业保障金相关信息真实、准确并完整，与事实相符。法定代表人（负责人）签名： 年 月 日 | \*经 办 人 |  | \*申报日期 | 年 月 日 |
| \*受理税务机关 |  （公章） | \*受理日期 | 年 月 日 |
| \*受 理 人 |  |

**填表说明：**1.标记“\*”为必填项目，未标记“\*”栏目由各地税务机关根据当地情况提出填写要求**。**

2.“用人单位名称”指《营业执照》《组织机构代码证》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，以劳务派遣用工的，计入派遣单位在职职工人数。

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填写，不得低于本单位在职职工总数的1.5%。

5.“上年实际安排残疾人就业人数”依据残疾人就业服务机构核定后数据填写；如用人单位安排1名持有《中华人民共和国残疾人证》（1至2级）或《中华人民共和国残疾军人证》（1至3级）的人员就业的，按照安排2名残疾人就业计算。

6.本表一式二份，申报单位按照税务机关规定的申报期限向主管税务机关申报缴费，主管税务机关受理后，一份缴费用人单位留存，一份税务机关留存。