困难中小企业社会保险费缓缴申请表

企业名称： 填报时间：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 社保代码 |  | 成立时间 | |  |
| 行业性质 |  | 单位地址 | |  |
| 法人代表姓名 |  | 联系电话 | |  |
| 实有职工人数 |  | 参加社会保险人数 | |  |
| 注册资金 | 万元 | 营销规模 | | 万元 |
| 社会保险费缴至 | 年 月 | 原欠缴金额 | |  |
| 申请缓缴期限 | 个月，自 年 月 至 年 月 | | | |
| 申请理由：  受疫情影响，生产经营发生困难。  缓缴期满补缴社会保险费承诺：  缓缴期满补足缓缴的社会保险费。缓缴期间，按时足额缴纳医疗保险费，及时为职工办理退休、转移、退工及其他一次性待遇结算等手续。  法人代表（签字）： 单位（公章）： 年 月 日 | | | | |
| 税务部门意见 | | | | |
| 准予缓缴期限：  负责人：  （公章）  年 月 日 | | | | |
| 人社部门意见 | | | 财政部门意见 | |
| 负责人：  （公章）  年 月 日 | | | 负责人：  （公章）  年 月 日 | |

注：本表由申请单位填写（一式三份）。