附件

受疫情影响经营困难企业缓缴申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | | | |
| 单位代码 |  | | | | |
| 行业类别 |  | | | | |
| 经营范围 |  | | | | |
| 联 系 人 |  | | 手 机 |  | |
| 申请缓缴  月    份 | 2月  □ | 3月  □ | 4月   □ | 5月  □ | 6月  □ |
| 我单位承诺在政策规定时间内，及时补缴申请缓缴的社会保险费。  请手写上述承诺内容：                                                           单位公章或法人签字：                                                  年   月   日 | | | | | |