

附件 1

特困行业阶段性缓缴社会保险费缓缴申请表

单位名称			
单位代码			
联系人		联系电话	
单位类型		参保人数	
缓缴期限	企业职工基本养老保险	失业保险	工伤保险
	自 年 月- 年 月	自 年 月- 年 月	自 年 月- 年 月
缓缴金额 (各险种缓缴期 内参考最近月 征缴计划计算 出合计数额)	养老保险	失业保险	工伤保险
申请单位 (盖章)	年 月 日		
社会保险经办机构审核 意见	经办人:	审核人:	审核人: