|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件  企业享受社会保险费阶段性返还政策申请表 | | | | | |
| 企业名称 | |  | | 统一社会信用代码 |  |
| 参保区 | |  | | 联系人及电话 |  |
| 企业地址 | |  | | 申请时在岗职工人数 |  |
| 企业情况 | | 项目 | 2016年 | 2017年 | 2018年 |
| 在岗职工人数（人） |  |  |  |
| 裁员率（%） | ── | ── |  |
| 净利润（万元） |  |  |  |
| 主营业务收入（万元） | ── |  |  |
| 本单位承诺上述内容真实准确；稳岗返还资金主要用于职工生活补助、缴纳社会保险费、转岗培训、技能提升培训等稳定岗位相关支出；申请年度不裁员或少裁员。本单位自愿接受审计，如出现数据造假等骗取资金情况，自愿退回稳岗返还资金，否则愿承担相关责任。 | | | 区返还工作组意见： | 评估意见： | 市级复核意见： |
| 负责人（法人）： 企业盖章：  年 月 日 | | | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 |
| 填表说明 | 1.尚未领取统一社会信用代码的，按原组织机构代码填写。 | | | | |
|  | 2.企业亏损的，“净利润”以负值填列。 | | | | |
|  | 3.企业需在“企业盖章”栏进行真实性承诺并盖章。 | | | | |