附件1

杨凌示范区缓缴社会保险费申请表

申请时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单 位 名 称 |  | | | | |
| 单 位 所 在 地 |  | | | | |
| 单位社保经办人 |  | | 联系电话 | |  |
| 实有职工人数 |  | | 参加社会保险人数 | |  |
| 社会保险费缴至 | 年 月 | | | | |
| 申请缓缴期限 | 个月，自 年 月 至 年 月 | | | | |
| 申请理由： | | | | | |
| 缓缴期满补缴社会保险费承诺  我单位承诺缓缴期满后一次性补齐缓缴的各项社会保险费。  法定代表人（签字）： 单位（公章） 日期： 年 月 日 | | | | | |
| 示范区养老保险经办处意见：  负责人：  年 月 日  （公章） | | 示范区税务局意见：  负责人：  年 月 日  （公章） | | 示范区人社（医保）局意见：  负责人：  年 月 日  （公章） | |