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） |