附件4

南县按比例安排残疾人就业情况审核认定书

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申报单位（盖章） | |  | | | 纳税人识别号 |  |
| 核定结论：  根据《残疾人就业保障金征收使用管理办法》的相关规定，核定你单位 年度安排残疾人就业人数为 人。  你单位如对本核定书有异议，可以在接到本核定书之日起五个工作日内向核定机构申请复核或者在接到本核定书之日起六十日内向安化县人民政府提起行政复议。复议期间不停止执行本核定。  核定机构（章）  初审： 复核： 核定日期： 年 月 日 | | | | | | |
| 未予认定残疾职工名册 | 姓 名 | | 残疾人证号或残疾军人证号 | 未予认定原因 | | |
|  | |  |  | | |
|  | |  |  | | |
|  | |  |  | | |
|  | |  |  | | |
| **提示：申报人安排有残疾人就业的，向税务机关申报缴纳残保金时必须出具核定书；无核定书或核定书不在有效期限内的，按未安排残疾人就业全额申报缴纳。** | | | | | | |