

省地方税务局关于印发 《残疾人就业保障金征管文书式样》的通知

（鄂地税发〔2017〕54号公布，国家税务总局湖北省税务局2018
年第4号公告修改）

各市、州、林区、县（市、区）地方税务局：

为进一步加强和规范残疾人就业保障金征管工作，方便缴费人履行缴费义务，提高税务机关服务质量和征管效率，根据《湖北省残疾人就业保障金征收使用管理实施办法》（鄂财法规〔2017〕11号）等文件规定，省局制定了《残疾人就业保障金征管文书式样》。现将文书式样印发给你们，请遵照执行。

对于残疾人就业保障金征管工作中涉及的检查类文书，适用《国家税务总局关于发布〈社会保险费及其他基金规费文书式样〉的公告》（国家税务总局公告2015年第98号）中的检查类文书。

特此通知

附件：残疾人就业保障金征管文书式样

湖北省地方税务局

2017年8月9日

附件：

残疾人就业保障金征管文书式样

1. 残疾人就业保障金缴费申报表
 2. 残疾人就业保障金征缴事项通知书
 3. 责令限期改正通知书
 4. 残疾人就业保障金核定通知书
 5. 限期缴纳残疾人就业保障金通知书
 6. 残疾人就业保障金案件移送函
 7. 行政强制执行催告通知书
 8. 残疾人就业保障金强制执行申请书
 9. 文书送达回证
 10. 陈述申辩笔录
-

残疾人就业保障金缴费申报表

用人单位名称（公章）：
通讯地址：

纳税人识别号：
联系电话：

*序号	*费款所属 期起	*费款所属 期止	*在职职工工资 总额	*上年在职 职工人数	*应安排残疾人 就业比例	*上年实际安排残疾 人就业人数	*在职职工年 平均工资	*本期应纳 费额	本期减免 费额	本期已缴 费额	本期应补（退） 费额
1	2	3	4	5	6	7	8=4/5	9=（5×6-7）×8	10	11	12=9-10-11
*申报 声明	本单位所申报的残疾人就业保障金相关信息真实、准确并完整，与事实相符。 法定代表人（负责人）签名： 年 月 日					*经 办 人			*申报日期	年 月 日	
						*受理税务机关		（公章）	*受理日期	年 月 日	
						*受 理 人					

填表说明：1. 标记“*”为必填项目，未标记“*”栏目由各地税务机关根据当地情况提出填写要求。

2. “用人单位名称”指《营业执照》《组织机构代码证》或其他核准证照上的“名称”。

3. “在职职工”是指用人单位在编人员或依法与用人单位签订1年以上(含1年)劳动合同(服务协议)的人员，季节性用工应当折算为年平均用工人数，以劳务派遣用工的，计入派遣单位在职职工人数

4. 在职职工工资总额：按年申报缴纳的直接填写上年在职职工工资总额；按月（季）缴纳的，应将上年在职职工工资总额折算为在职职工月（季）工资总额。

5. “上年实际安排残疾人就业人数”依据残疾人就业服务机构核定后数据填写；如用人单位安排1名持有《中华人民共和国残疾人证》（1至2级）或《中华人民共和国残疾军人证》（1至3级）的人员就业的，按照安排2名残疾人就业计算。

6. 本表一式二份，申报单位按照税务机关规定的申报期限向主管税务机关申报缴费，主管税务机关受理后，一份缴费用人单位留存，一份税务机关留存。

_____税_____保_____字 () _____号

日

× × × 税务局
责令限期改正通知书

税 限 改 字 () 号

×××: (纳税人识别号:)

你单位未按照《湖北省残疾人就业保障金征收使用管理实施办法》（鄂财法规〔2017〕11号）第十条的规定申报缴纳 年 月 日至 年 月 日应缴纳的残疾人就业保障金。依据《湖北省残疾人就业保障金征收使用管理实施办法》第十条第二款规定，现责令你单位于 年 月 日前到 办税服务厅申报缴纳残疾人就业保障金。

税务机关 (公章)

年 月

日

XXX 税务局

残疾人就业保障金核定通知书

_____税__保核字〔 〕 _____号

×××：（纳税人识别号：_____）

根据《湖北省残疾人就业保障金征收使用管理实施办法》（鄂财法规〔2017〕11号）第十一条之规定，你单位未按规定申报保障金，经责令限期改正仍未申报缴纳。经核查，贵单位 年度在岗职工平均人数 人，在岗职工年平均工资 元，应安置名残疾人就业，实际安置残疾职工 人，应缴残疾人就业保障金¥ 元。请在收到该通知书之日起 日内缴内残疾人就业保障金。

告知事项：若对税务机关的核定有异议，可在接到本通知之日起 10 日内向税务机关申请复核。逾期未申请复核，视为没有异议。

税务机关（公章）

年 月 日

× × × 税务局
限期缴纳残疾人就业保障金通知书

_____税__限缴字〔 〕 号

_____：（纳税人识别号：_____）

你单位未按期限缴纳_____年__月__日至_____年__月__日应缴残疾人就业保障金_____元。根据《湖北省实施〈中华人民共和国残疾人保障法〉办法》第四十九条之规定，限你（单位）于年__月__日前足额缴纳，并从 _____年__月____日起，按日加收千分之五的滞纳金。

逾期拒不缴纳的，我局将依法申请人民法院强制执行。

告知事项：如对本通知有异议，可以自收到本通知之日起60日内依法向_____申请行政复议，或自收到本通知之日起6个月内依法向_____人民法院起诉。

税务机关（签章）

年 月 日

XXX 税务局

残疾人就业保障金案件移送函

_____税__保移字〔 〕 _____号

×××财政局：

×××（企业名称，纳税社会信用代码： ）未按规定缴纳
年 月 日至 年 月 日应缴纳的残疾人就业保障金
元，经我局责令限期改正仍未缴纳。现将该单位移送你局，请你
局根据《湖北省残疾人就业保障金征收使用管理实施办法》（鄂
财法规〔2017〕11号）第二十五条《残疾人就业保障金征收使
用管理办法》（财税〔2015〕72号）第二十六条之规定对该单位
予以警告，并责令其限期缴纳。

税务机关（公章）

年 月 日

× × × 税务局残疾人就业保障金 行政强制执行催告通知书

_____税__强告字〔 〕 号

_____：（纳税人识别号：_____）

你单位未按期限缴纳_____年度应缴残疾人就业保障金
元。_____局于__年__月__日责令限期缴纳，你单位
逾期仍未缴纳。根据《中华人民共和国行政强制法》第五十四条，
催告你单位在接到本通知之后十日内到_____地方税务局办
税服务厅缴纳残疾人就业保障金_____元，滞纳金_____元
（ 年 月 日起至 年 月 日止）。

对于上述催告内容，你单位享有陈述、申辩的权利。如要求
陈述、申辩，你单位在收到本通知之日起三日内向我局提出陈述
意见。逾期未提出的，视为放弃此权利。我局将依法申请人民法
院强制执行。

税务机关（章）

年 月 日

XXX 税务局
残疾人就业保障金强制执行申请书

_____税__强申字（ ）第
号

_____（人民法院）：

申请人：_____住所：_____

法定代表人：_____职务：_____

电话：_____邮政编码：_____

被申请人：_____住所：_____

法定代表人：_____职务：_____

电话：_____邮政编码：_____

法定代表人：_____职务：_____

电话：_____邮政编码：_____

法定代表人：_____职务：_____

电话：_____ 邮政编码：_____

现依照《中华人民共和国行政强制法》的规定，特申请贵院
对被申请人依法给予强制执行。

附：_____

申请执行的税务机关（公章）

年 月 日

文书送达回证

送达文书名称及编号	
送达地点	
受送达人签名或盖章	年 月 日 时
代收人代收理由 及签名或盖章	年 月 日 时
受送达人拒收理由和日期	年 月 日 时
见证人签名或盖章	年 月 日 时
送达人签名或盖章	年 月 日 时
填发机关	(签章)年 月 日 时

陈述申辩笔录

时间: _____

地点: _____

事由：_____

当事人: _____

调查人员: _____

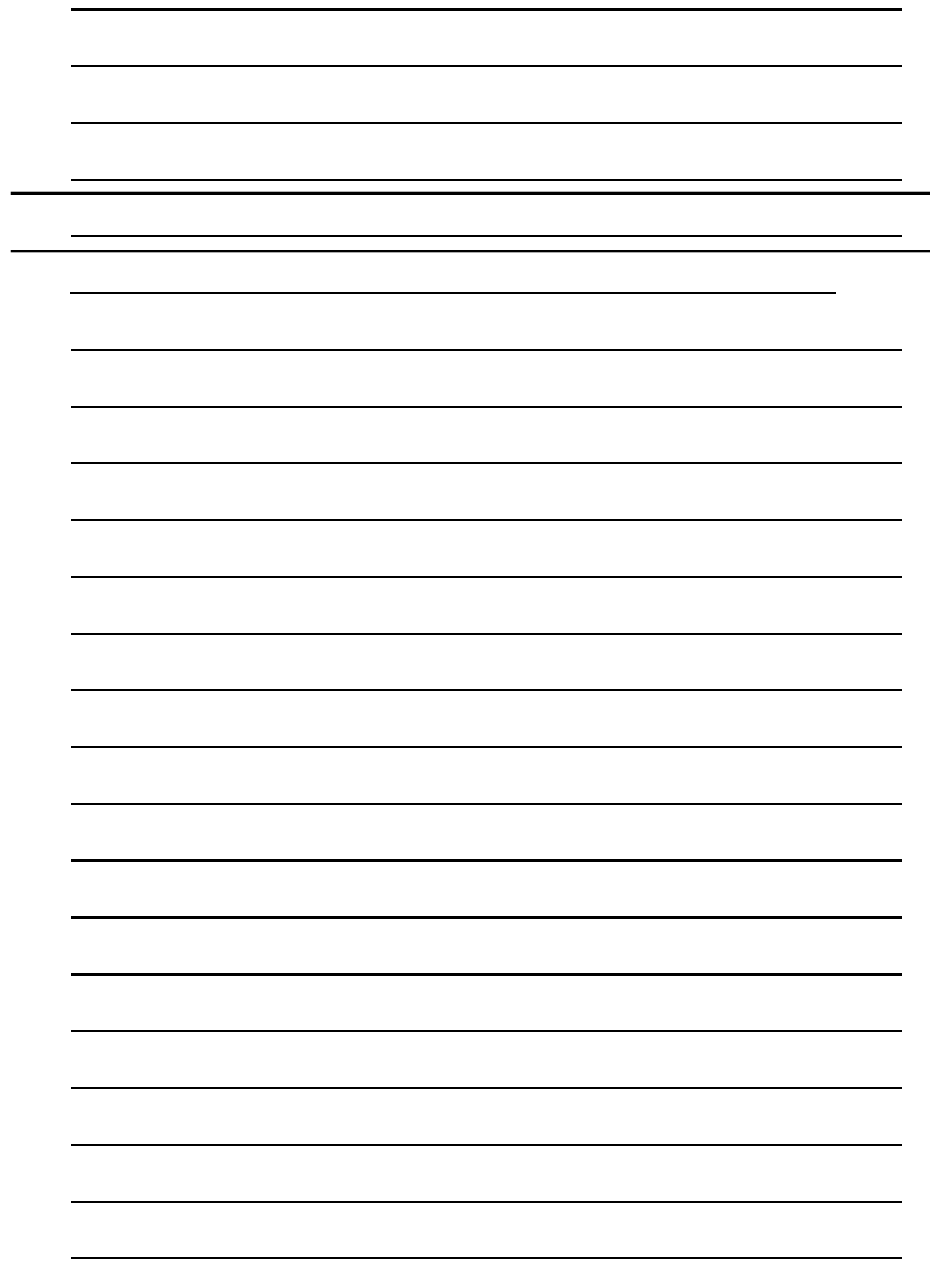
陈述申辩内容: _____

[illegible]

共 页第 页

当事人签名： 年 月 日

陈述申辩笔录续页



[illegible]

当事人签名： 年 月 日
