

珠海市残疾人联合会  
珠海市人力资源和社会保障局 文件  
珠海市财政局

珠残联[2017]16号

---

关于印发《珠海市残疾人就业创业补贴  
实施办法》的通知

横琴新区社会事务局、财金事务局，各区（经济功能区）人力资源和社会保障局、财政局、残联，市残疾人综合服务中心：

为深入贯彻《广东省人民政府关于加快推进残疾人小康进程的实施意见》（粤府〔2015〕121号）和《珠海市人民政府关于印发珠海市加快推进残疾人小康进程实施方案的通知》（珠府函〔2016〕331号）等相关文件精神，完善残疾人社会保障，维护残疾人平等就业权利，进一步提高残疾人就业创业扶持力度，市残联、市人力资源和社会保障局、市财政局联合制定了《珠海市残疾人就业创业补贴实施办法》。经市人民政府同意，现印发给你们，请认真贯彻执行。

(此页无正文)



# 珠海市残疾人就业创业补贴实施办法

为深入贯彻《广东省人民政府关于加快推进残疾人小康进程的实施意见》（粤府〔2015〕121号）和《珠海市人民政府关于印发珠海市加快推进残疾人小康进程实施方案的通知》（珠府函〔2016〕331号）等相关文件精神，根据《残疾人就业条例》（国务院令 第488号）、《关于印发珠海市就业补贴实施办法的通知》（珠人社〔2015〕216号）和《关于印发珠海市创业补贴实施办法的通知》（珠人社〔2015〕350号）等相关文件要求，同时进一步规范我市残疾人就业保障金（以下简称“残保金”）的使用和管理，充分发挥“残保金”扶持和促进残疾人就业创业的作用，结合我市实际，制定本实施办法。

## 一、适用范围

本《办法》适用对象为本市户籍、在法定劳动年龄段内且持有第二代《中华人民共和国残疾人证》（以下简称“残疾人证”）或残疾军人证的残疾人，以及招用本市户籍残疾人、残疾军人就业符合条件的我市用人单位（行政事业编制单位除外）。

## 二、补贴条件和标准

**（一）职业培训补贴。**本市户籍残疾人参加非免费职业技能培训，取得合格证书的按培训费的60%给予补贴，补贴额度最高不超过2000元；取得职业资格证书的按培训费的全额给予补贴，补贴额度最高不超过5000元。每人每年可申领一次。同一职业工种项目同一等级不得重复享受补贴。

对本市户籍登记失业的残疾人参加职业技能培训的，给予每

人每月 500 元的生活补贴，补贴期限每年不超过 4 个月。

**(二) 用人单位招用残疾人岗位补贴。**用人单位(含个体工商户)招用本市户籍残疾人，与其签订 1 年以上期限劳动合同并按规定缴纳社会保险费的，根据招用残疾人的残疾等级和类别，分别给予用人单位和残疾人本人岗位补贴：招用一至二级视力、一级肢体、各级别智力和精神残疾人，一至三级残疾军人的，用人单位按其招用人数每人每月补贴 500 元，残疾人本人每月补贴 500 元；招用三至四级视力、二至四级肢体、各级别听力和言语残疾人，四至八级残疾军人的，用人单位按其招用人数每人每月补贴 300 元，残疾人本人每月补贴 300 元。岗位补贴期限按照实际履行劳动合同期限并缴纳社会保险费时间计算，按次年发放原则，1 年申领 1 次。行政事业编制单位不可申请单位岗位补贴，残疾人本人属行政事业编制的在编人员，不可申领岗位补贴，其他非在编形式残疾人可申领岗位补贴。

用人单位(不含个体工商户和行政事业编制单位)年度平均安排本市户籍残疾人就业人数，超过单位年度平均在岗职工人数 1.5% 比例的，用人单位岗位补贴每人每月加补 400 元(按超出人数取整数，不足一人不计算)，按次年发放原则，1 年申领 1 次。

**(三) 创业资助。**本市户籍残疾人成功创业(在本市领取工商营业执照或其他法定注册登记手续，本人为法定代表人或主要负责人)，按规定办理税务登记并参加社会保险且正常经营 6 个月以上的，根据注册并经营 6 个月之前的实际投资情况(主要包括场地租金、设施设备投入、场地装修、原材料投入，雇佣人力

成本投入等) 给予一定的创业补贴。投资 5 万元以下的(不含 5 万元), 一次性最高补贴不超过 1 万元; 投资 5 万-10 万元的(不含 10 万元), 一次性最高补贴不超过 2 万元; 投资 10 万元及以上的, 一次性最高补贴不超过 3 万元。

残疾人在本人所拥有的联产承包及承包(租赁)的土地(水面)从事农村种养业, 根据实际种养情况给予一次性最高不超过 2 万元的种养启动补贴。具体补贴标准如下:

| 类别           | 单位                   | 规模    | 扶持标准(元) | 备注   |
|--------------|----------------------|-------|---------|--|
| 畜类养殖         | 每头(大型, 如牛、马、驴、骡、骆驼等) | 5-10  | 600     | 1. 种植业土地、水面养殖补贴规模按申请人所拥承包以及承包(租赁)经营的土地、水面面积计算。2. 畜类、禽类的补贴规模按现场实际存栏数计算。3. 多种经营的可以累加计算, 但单项或累加后, 最高补贴不超过 2 万。4. 不足 1 亩或 100 羽(100 只)不计算。 |
|              |                      | ≥11   | 400     |  |
|              | 每头(中型, 如猪、羊等)        | 10-20 | 200     |  |
|              |                      | ≥21   | 180     |  |
|              | 每 100 只(小型, 如兔、竹鼠等)  | ≥100  | 500     |  |
| 禽类养殖         | 每 100 羽              | ≥100  | 500     |  |
| 水面养殖(不含海域养殖) | 每亩                   | ≥5 亩  | 2000    |  |
| 农业种植         | 每亩                   | ≥10 亩 | 1000    |  |

以上两项补贴每名残疾人 5 年内只能享受 1 次, 5 年后重新创业的项目可再次申领, 同一项目不可重复享受, 两项补贴不能同时享受。按照珠府办〔2006〕46 号文件已申领原“残疾人创业补贴”的, 须 5 年后才能再次申领重新创业项目补贴。

**(四) 创业社会保险补贴。**本市户籍残疾人自主创业(在本市领取工商营业执照或其他法定注册登记手续, 本人为法定代表

人或主要负责人)，持续正常经营6个月以上（含6个月），以个人或单位名义参加社会保险的，可申请社会保险补贴。实行“先交后补”方式，按照人力资源和社会保障部门公布的当年最低缴纳社会保险费标准，缴纳城镇职工基本养老、医疗、失业、工伤和生育保险费的单位缴费部分给予补贴（个人缴费部分仍由个人承担）。

以上补贴中，本市户籍残疾人如同时符合申领岗位补贴（此项属于就业类）和创业资助、创业社会保险补贴（此两项属于创业类）条件的，只能选择就业类或创业类补贴，不能同时申领。

**（五）无障碍设备设施补贴。**对按比例安排残疾人就业达标或已依法缴纳“残保金”的用人单位（行政事业编制单位除外）安排残疾人就业达一定人数且连续在岗1年以上（含1年），确需为残疾人购置相关无障碍设备、设施的，经用人单位申请，所在区残联现场实地评估和验收后，给予一次性设备设施购置及改造费用补贴。补贴标准为：安排残疾人就业人数须达5人以上（含5人），参照实际费用给予补贴，但残疾人人均不超过4000元/人，最高补贴金额不超过10万元。在安排残疾人就业人数中，本市户籍在岗残疾人所占比例应在50%以上（含50%）；如未达50%，按实际本市户籍在岗残疾人数目的2倍计算补贴限额，人数取整数，不足一人不计算。已申领无障碍设备设施补贴的用人单位在安排残疾人数增加时，可以按上述补贴标准扣减已领取金额后再申请补贴。

### 三、申领办法

### **(一) 申请职业培训补贴**

申请人在合格证书或资格证书核发之日起二年内，可持下列材料向户口所在镇（街道）残联提出申请，自核发之日起超过二年的，不得申请：

1. 《珠海市残疾人职业培训补贴申请表》（附件1）；
2. 残疾人身份证、户口簿、残疾人证或残疾军人证原件、复印件；
3. 培训合格证书或职业资格证书原件、复印件；
4. 培训费用有效发票单据；
5. 申请人在银行开办的个人账户原件、复印件。

申请职业培训生活补贴的需另持：

1. 登记失业证明材料；
2. 培训时间有效证明。

### **(二) 申请岗位补贴**

用人单位持下列材料向负责其残疾人就业年审的机构提出上一年度补贴申请。年审机构出具审核意见后，交用人单位所在区残联审批（用人单位每年必须在办理按比例安排残疾人就业年审时同步申请岗位补贴，个人岗位补贴由用人单位统一办理）。个体工商户直接到区残联办理：

1. 《珠海市用人单位安排残疾人就业岗位补贴申请表》（附件2）；
2. 招用本市户籍残疾人的身份证、户口簿、残疾人证或残疾军人证复印件；

3. 与本市户籍在岗残疾人签订的劳动合同原件、复印件;
4. 申请补贴年度残疾职工社会保险缴费记录(在社会保险基金管理中心打印);
5. 与用人单位名称一致的银行账号原件、复印件;
6. 所招用的本市户籍残疾人本人在银行开办的个人账户复印件(本人需在复印件上签名)。

### **(三) 申请创业资助**

申请创业补贴的,需持下列材料向户口所在镇(街道)残联提出申请:

1. 《珠海市残疾人创业资助申请表》(附件3);
2. 残疾人身份证、户口簿、残疾人证或残疾军人证原件、复印件;
3. 工商营业执照或其它法定注册登记凭证复印件(本人需为法定代表人;如本人是主要负责人,需提供商事登记簿或其他有效证明材料)、税务登记证复印件;
4. 有效纳税证明或减免税证明;
5. 有效投资发票凭证或村(居)委会对申请人的经营投资情况证明;
6. 申请人在银行开办的个人账户原件、复印件。

申请种养启动补贴的,除提供上述1、2、6项材料外,需另持:

土地使用证明或场地租赁合同,经村(居)委会对申请人的基本情况、经营情况和种养殖数量的证明材料。



#### **(四) 申请创业社会保险补贴**

申请人每年7月持下列材料向户口所在镇(街道)残联申请上年度7月至本年度6月的补贴:

1. 《珠海市残疾人创业社会保险补贴申请表》(附件4);
2. 残疾人身份证、户口簿、残疾人证或残疾军人证原件、复印件;
3. 工商营业执照或其它法定注册登记凭证复印件(本人需为法定代表人;如本人是主要负责人,需提供商事登记簿或其他有效证明材料)、税务登记证复印件;
4. 有效纳税证明或减免税证明;
5. 申请补贴年度月份社会保险缴费记录(在社会保险基金管理中心打印);
6. 申请人在银行开办的个人账户原件、复印件。

#### **(五) 申请无障碍设备设施补贴**

用人单位向单位所在区残联提出申请,经批复同意的,在完成购置、安装改造并通过验收,上交无障碍设备设施及改造费用发票复印件后给予补贴。

1. 《珠海市用人单位无障碍设备设施补贴申请表》(附件5),附专项报告、拟购置设备设施预算明细;
2. 招用的残疾人身份证、残疾人证或残疾军人证复印件;
3. 与在岗残疾人签订的劳动合同原件、复印件;
4. 残疾职工社会保险缴费记录(在社会保险基金管理中心打印);

5. 无障碍设备设施及改造费用发票原件、复印件；
6. 持与用人单位名称一致的银行账号原件、复印件。

用人单位提出申请时，需提供上述 1，2，3，4 项材料；领取补贴时，需提供 1，5，6 项材料。

#### 四、审批发放和资金来源

##### （一）审批发放

安排残疾人就业岗位补贴和无障碍设备设施补贴由用人单位所在区残联审批并发放。残疾人职业培训补贴、创业资助、创业社会保险补贴由镇（街道）残联审核，区残联审批并发放。审核、审批时间原则上分别不超过 5 个工作日，现场实地评估和验收时间原则上分别不超过 14 个工作日。

##### （二）资金来源

本《办法》涉及的残疾人就业、创业补贴项目所需资金，由各区“残保金”承担，不足部分区财政一般公共预算予以兜底解决。市财政根据各区人均财力和补助对象数，对香洲区、斗门区给予 50% 的补助，在市级“残保金”中安排。

市级补贴资金每年拨付一次。香洲区、斗门区残联每年 6 月前根据次年计划发放补贴金额，填写经区财政局审核的《\_\_\_\_\_年度残疾人就业创业补贴市级资金申请表》（附件 6）报市残联。市残联核准后报市财政局纳入次年预算，并由市财政局在次年预算下达后将当年所需资金划拨给区财政局。

香洲区、斗门区残联和区财政局年度执行结束后，每年 12 月底前向市残联、市财政局报送《\_\_\_\_\_年度残疾人就业创业补

贴市级资金结算表》(附件7)和该年度审批的各项补贴发放对象花名册(附件8-12)。市残联会同市财政局对香洲区、斗门区市级补助资金使用情况进行结算,结余或不足的在次年应拨资金中核减或增补。区财政应确保市级补助资金专款专用,年度结余资金结转次年使用,不足部分由区财政垫支,确保各项就业创业补贴资金及时发放到位。

## **五、监督管理**

各级残联应指定专人做好残疾人就业创业补贴审批发放的档案管理工作。档案应按民生档案管理标准立卷,完整收录原始审批表、申领附件、补贴对象花名册、资金发放凭据、补贴发放年度汇总表、资金年度预决算等资料,做好永久性保存。

残疾人就业创业补贴的发放自觉接受财政、审计、监察等部门和社会的监督,市、区残联会同有关部门定期开展专项检查和绩效评估,并向市、区政府和社会报告、公布有关情况。

各区、镇(街道)残联要加大对就业创业补贴申领的抽查力度,发现申请人弄虚作假,骗取、套取补贴资金的,要及时追回已发放的补贴并追究相关责任。从事补贴审核、审批、发放工作的人员违反审批条件和程序给予审批,为申请人出具不实证明及材料,玩忽职守、徇私舞弊,挪用、扣压、拖欠、骗取补贴资金的,由所在单位、部门或者上级机关依法给予行政处分;构成犯罪的,交由司法机关依法追究相关刑事责任。

## **六、其他事项**

(一)残疾人享受的各项就业创业补贴不列入残疾人家庭申

请最低生活保障时家庭收入计算范围。

（二）残疾人按本《办法》规定申领就业创业补贴，本《办法》未规定的补贴项目，按市人力资源和社会保障局等部门的就业创业扶持政策有关规定执行。

（三）本《办法》由市残疾人联合会负责解释，各区（经济功能区）可依据本《办法》自行制定实施细则。

（四）本《办法》自 2017 年 5 月 1 日起执行，有效期至 2022 年 4 月 30 日。职业培训合格证书或资格证书核发之日、在本市领取工商营业执照或其他法定注册登记手续之日、种养租赁合同生效起始日、社会保险缴费时间发生在本《办法》执行日前的，按原《珠海市扶助贫困残疾人实施办法》（珠府办〔2006〕46 号）相关就业创业补贴的规定执行。岗位补贴的劳动合同期限时间从 2017 年 1 月 1 日起开始计发，2017 年 1 月 1 日前的，按上述原文件规定执行。

- 附件：
1. 珠海市残疾人职业培训补贴申请表
  2. 珠海市用人单位安排残疾人就业岗位补贴申请表
  3. 珠海市残疾人创业资助申请表
  4. 珠海市残疾人创业社会保险补贴申请表
  5. 珠海市用人单位无障碍设备设施补贴申请表
  6. \_\_\_\_\_年度残疾人就业创业补贴市级资金申请表
  7. \_\_\_\_\_年度残疾人就业创业补贴市级资金结算表
  8. \_\_\_\_\_年度\_\_\_\_\_区残疾人职业培训补贴花名册
  9. \_\_\_\_\_年度\_\_\_\_\_区用人单位安排本市户籍残疾人岗

位补贴花名册

10. \_\_\_\_年度\_\_\_\_区残疾人创业资助补贴花名册
11. \_\_\_\_年度\_\_\_\_区残疾人创业社会保险补贴花名册
12. \_\_\_\_年度\_\_\_\_区用人单位无障碍设备设施补贴花名册

附件 1:

## 珠海市残疾人职业培训补贴申请表

|            |   |      |              |              |   |    |
|------------|---|------|--------------|--------------|---|----|
| 姓名         |   | 性别   |              | 出生年月         |   | 照片 |
| 残疾等级       |   | 残疾类别 | 视力残疾<br>肢体残疾 | 听力残疾<br>智力残疾 | 言语残疾<br>精神残疾  |    |
| 身份证号       |   |      | 残疾人证号        |              |   |    |
| 户籍住址       |   |      |              | 移动电话         |   |    |
| 家庭地址       |   |      |              | 固定电话         |   |    |
| 证书类别       | <input type="checkbox"/> 国家职业资格证书 <input type="checkbox"/> 计算机信息高新技术证书<br><input type="checkbox"/> 专项职业能力证书 <input type="checkbox"/> 专业技术资格证书   |      |              | 证书级别         |   |    |
| 职业培训合格证书名称 |   |      |              | 是否登记失业       | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |    |
| 开户银行       | 银行                      支行  |      | 银行账号         |              |   |    |
| 补贴申请说明     | <p style="text-align: center;">本人在_____（机构），从____年__月__日至____年__月__日参加职业技能培训，（    取得职业资格证书、    取得职业培训合格证书），申请领取职业培训补贴_____元，申请领取培训生活补贴 _____元。</p> <p style="text-align: center;">以上合计金额：_____元，<br/>           金额大写：__ 佰 __ 拾__ 万 __ 仟__ 佰__ 拾__元整，请予批准。</p> <p style="text-align: center;"><b>本人承诺：以上所填写的内容及提供的资料均属真实。</b></p> <p style="text-align: right;">申请人(签字):</p> <p style="text-align: right;">年    月    日</p> |      |              |              |   |    |
| 镇（街）残联审核意见 | 审核人：<br>镇（街道）残联盖章<br>年    月    日  |      |              |              |   |    |
| 区残联审批意见    | 审批人：<br>区残联盖章<br>年    月    日  |      |              |              |   |    |

说明：1. 申请人填写本表，要求字迹清楚工整，填写内容真实。2. 凡选择项目，在选定项目前“    ”内打“√”，开户银行写明 XX 银行 XX 支行；在“\_\_”内填写相关信息。3. 本表由区残联存档备查。

附件 2:

## 珠海市用人单位安排残疾人就业岗位补贴申请表

|                            |  |                  |  |          |   |
|----------------------------|--|------------------|--|----------|---|
| 申请单位<br>全称                 |  | 营业执照<br>(机构代码编号) |  | 单位<br>性质 | <input type="checkbox"/> 行政事业编制单位<br><input type="checkbox"/> 非行政事业编制单位 |
| 单位地址                       | 单位联系人  |                  |  |          |   |
|                            | 联系电话   |                  |  |          |   |
| 单位开户<br>银行                 | 银行                  支行   | 开户名              |  |          |   |
|                            |  | 开户账号             |  |          |   |
| 补<br>贴<br>申<br>请<br>说<br>明 | <p>本单位_____年度招用本市户籍残疾人共_____人（其中一至二级视力、一级肢体、各级别智力和精神残疾人、一至三级残疾军人共_____人；三至四级视力、二至四级肢体、各级别听力和言语残疾人、四至八级残疾军人共_____人），与其签订1年以上期限劳动合同并购买社会保险，且在岗工作，情况属实，申请领取用人单位安排残疾人就业岗位补贴_____元。（行政事业编制的在编残疾人不可计算在内）</p> <p>本单位_____年度在职职工_____人，安排本市户籍残疾人就业_____人，超过法规规定年度平均在岗职工人数1.5%比例安排本市户籍残疾人就业_____人，情况属实，申请加补岗位补贴_____元。</p> <p>以上合计金额：_____元。<br/>           金额大写：__ 佰 __ 拾__ 万 __ 仟__ 佰__ 拾__ 元整，请予批准。</p> <p style="text-align: right;">单位负责人签名：</p> <p style="text-align: right;">申请单位盖章：</p> <p style="text-align: right;">年    月    日</p> |                  |  |          |   |

| 残疾人就业花名册<br>(可附表补充) | 姓名                    | 残疾类别和等级 | 残疾人证号 | 本年度在岗时间(X月-X月) | 补贴月数        | 补贴金额(元)               | 本人开户银行<br>(XX银行XX支行) | 银行账号 | 联系电话 | 本人签名 |  |
|---------------------|-----------------------|---------|-------|----------------|-------------|-----------------------|----------------------|------|------|------|--|
|                     |                       |         |       |                |             |                       |                      |      |      |      |  |
|                     |                       |         |       |                |             |                       |                      |      |      |      |  |
|                     |                       |         |       |                |             |                       |                      |      |      |      |  |
|                     |                       |         |       |                |             |                       |                      |      |      |      |  |
|                     |                       |         |       |                |             |                       |                      |      |      |      |  |
|                     |                       |         |       |                |             |                       |                      |      |      |      |  |
|                     |                       |         |       |                |             |                       |                      |      |      |      |  |
|                     |                       |         |       |                |             |                       |                      |      |      |      |  |
| 年审单位审核意见            | 审核人:<br>单位盖章<br>年 月 日 |         |       |                | 区残联<br>审批意见 | 审批人:<br>单位盖章<br>年 月 日 |                      |      |      |      |  |

说明：1. 用人单位填写本表，要求字迹清楚工整，填写内容真实，行政事业编制单位不可申请单位岗位补贴，残疾人本人属行政事业编制的在编人员不可申请个人岗位补贴。2. 残疾类别分为视力残疾、听力残疾、言语残疾、肢体残疾、智力残疾和精神残疾。3. 在“\_\_\_”内填写相关信息，非行政事业编制单位需填写开户银行和账号，并写明XX银行XX支行。4. 本表由区残联存档备查。



## 珠海市残疾人创业资助申请表

|                            |  |      |              |                  |              |        |
|----------------------------|--|------|--------------|------------------|--------------|--------|
| 姓名                         |  | 性别   |              | 出生年月             |              | 照<br>片 |
| 残疾等级                       |  | 残疾类别 | 视力残疾<br>肢体残疾 | 听力残疾<br>智力残疾     | 言语残疾<br>精神残疾 |        |
| 身份证号                       |  |      | 残疾人证号        |                  |              |        |
| 户籍地址                       |  |      |              | 移动电话             |              |        |
| 家庭住址                       |  |      |              | 固定电话             |              |        |
| 创业单位名称                     |  |      |              | 营业执照<br>(机构代码编号) |              |        |
| 开户银行                       | 银行   | 支行   | 银行账号         |                  |              |        |
| 资<br>助<br>申<br>请<br>说<br>明 | <p>创业补贴:</p> <p>本人__年__月__日新开办( 个体工商户、 企业、 民办非企业), 已领取营业执照并经营__个月, 且 5 年内未重复申领过该补贴项目, 根据实际投资情况, 申请领取创业补贴_____元。</p> <p>种养启动补贴:</p> <p>本人养殖畜类_____头(只), 其中大型___只(头), 中型___只(头), 小型___只(头); 禽类_____羽; 水面养殖_____亩; 农业种植_____亩; 且 5 年内未申领过该补贴项目, 根据实际投资情况, 申请领取种养启动补贴 _____元。</p> <p>金额大写: __佰__拾__万 __仟__佰__拾__元整, 请予批准。</p> <p><b>本人承诺: 以上所填写的内容及提供的资料均属真实。</b></p> <p style="text-align: right;">申请人(签字):<br/>年 月 日</p> |      |              |                  |              |        |
| 镇(街道)残联审核意见                | <p>审核人:<br/>镇(街道)残联盖章<br/>年 月 日</p>  |      |              |                  |              |        |
| 区残联审批意见                    | <p>审批人:<br/>区残联盖章<br/>年 月 日</p>  |      |              |                  |              |        |

说明: 1. 申请人填写本表, 要求字迹清楚工整, 填写内容真实。2. 凡选择项目, 在选定项目前“ ”内打“√”, 开户银行写明 XX 银行 XX 支行; 在“\_\_”内填写相关信息。3. 以上两项补贴不能同时享受。4. 本表由区残联存档备查。

附件 4:

## 珠海市残疾人创业社会保险补贴申请表

|             |   |      |              |                  |              |        |
|-------------|---|------|--------------|------------------|--------------|--------|
| 姓名          |   | 性别   |              | 出生年月             |              | 照<br>片 |
| 残疾等级        |   | 残疾类别 | 视力残疾<br>肢体残疾 | 听力残疾<br>智力残疾     | 言语残疾<br>精神残疾 |        |
| 身份证号        |   |      | 残疾人证号        |                  |              |        |
| 户籍地址        |   |      |              | 移动电话             |              |        |
| 家庭住址        |   |      |              | 固定电话             |              |        |
| 创业单位名称      |   |      |              | 营业执照<br>(机构代码编号) |              |        |
| 开户银行        | 银行  | 支行   | 银行账号         |                  |              |        |
| 补贴申请说明      | <p>本人开办( 个体工商户、 企业、 民办非企业),于____年____月____日,至____年____月____日缴纳社会保险,现申请创业社会保险补贴_____元(金额大写:____佰____拾____万____仟____佰____拾____元整),请予批准。</p> <p>本人承诺: 以上所填写的内容及提供的资料均属真实。</p> <p style="text-align: right;">申请人(签字):<br/>年 月 日</p> |      |              |                  |              |        |
| 镇(街道)残联审核意见 | <p style="text-align: right;">审核人:<br/>镇(街道)残联盖章<br/>年 月 日</p>  |      |              |                  |              |        |
| 区残联审批意见     | <p style="text-align: right;">审批人:<br/>区残联盖章<br/>年 月 日</p>  |      |              |                  |              |        |

说明: 1. 申请人填写本表,要求字迹清楚工整,填写内容真实。2. 凡选择项目,在选定项目前“ ”内打“√”,开户银行写明 XX 银行 XX 支行。3. 本表由区残联存档备查。

## 珠海市用人单位无障碍设备设施补贴申请表

|                            |   |                  |      |
|----------------------------|---|------------------|------|
| 申请单位<br>全称                 |   | 营业执照<br>(机构代码编号) |      |
| 单位地址                       | 单位联系人   |                  |      |
|                            | 联系电话  |                  |      |
| 单位开户<br>银行                 | 银行  | 支行               | 开户名  |
|                            |   |                  | 开户账号 |
| 补<br>贴<br>申<br>请<br>说<br>明 | <p>无障碍设备设施补贴</p> <p>本单位招用残疾人_____人（其中本市户籍残疾人_____人），确实需要为残疾人添置无障碍设施设备，情况属实，申请领取无障碍设施设备补贴_____元。<br/>（金额大写：____佰____拾____万____仟____佰____拾____元整），请予批准。</p> <p>加补无障碍设备设施补贴</p> <p>本单位原招用残疾人_____人（其中本市户籍残疾人_____人），现增加残疾人_____人（其中本市户籍残疾人增加_____人），情况属实，需申请加补无障碍设施设备补贴_____元<br/>（金额大写：____佰____拾____万____仟____佰____拾____元整），请予批准。</p> <p style="text-align: right; margin-top: 20px;">单位负责人签名：</p> <p style="text-align: right; margin-top: 20px;">申请单位盖章：</p> <p style="text-align: right; margin-top: 20px;">年 月 日</p> |                  |      |

|  |   |
|--|---|
| <p>区<br/>残<br/>联<br/>审<br/>核<br/>意<br/>见</p>                         | <p>审核结果:</p> <p><input type="checkbox"/> 符合条件, 同意申请。<br/><input type="checkbox"/> 不符合条件, 不同意申请。</p> <p style="text-align: right;">审核人:<br/>单位盖章<br/>年 月 日</p>   |
| <p>区<br/>残<br/>联<br/>现<br/>场<br/>实<br/>地<br/>验<br/>收<br/>意<br/>见</p> | <p>经现场验收:</p> <p><input type="checkbox"/> 1. 申请单位无障碍设施设备建设项目, 已完成并验收合格。<br/>符合要求, 同意申请。<br/><input type="checkbox"/> 2. 申请单位无障碍设施设备建设项目, 已完成 (<input type="checkbox"/> 未完成), 验收不合格。</p> <p>现场验收人签名: _____ 年 月 日</p> |
| <p>区<br/>残<br/>联<br/>审<br/>批<br/>意<br/>见</p>                         | <p>经核准, 同意给予无障碍设施设备补贴金额: _____元。</p> <p>金额大写:<br/>_____佰_____拾_____万_____仟_____佰_____拾_____元整</p> <p style="text-align: right;">审批人:<br/>单位盖章<br/>年 月 日</p>   |

说明: 1. 申请人填写本表, 要求字迹清楚工整, 填写内容真实。2. 凡选择项目, 在选定项目前“ ”内打“√”, 开户银行写明 XX 银行 XX 支行。3. “区残联审批意见”需用人单位完成购置、安装、验收并上交无障碍设备设施及改造费用发票复印件后, 审批无障碍设备设施补贴的金额。4. 本表由区残联存档备查, 可另复印 1 份给申请单位。

附件 6:

## 年度残疾人就业创业补贴市级资金申请表

\_\_\_\_\_区

填表时间：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

填表人：\_\_\_\_\_

| 申<br>请<br>款<br>项<br>明<br>细 | 序号                  | 补贴项目   |                | 补助标准                        | 人数 | 金额(元) | 市级负担<br>金额(元) | 区级负<br>担资金<br>(元) |
|----------------------------|---------------------|--|----------------|-----------------------------|----|-------|---------------|-------------------|
|                            | 1                   | 职业培<br>训 补贴  | 取得职业合格证书       | 全额的 60% (最高<br>不超过 2000 元)  |    |       |               |                   |
|                            |                     |  | 取得职业资格证书       | 全额 (最高不超过<br>5000 元)        |    |       |               |                   |
|                            | 2                   | 职业培训生活补贴   |                | 500 元/人/月<br>(不多于 4 个<br>月) |    |       |               |                   |
|                            | 3                   | 安 排<br>残 疾<br>人 就<br>业 岗<br>位 补<br>贴<br>( 含<br>单 位<br>和 个<br>人 ) | 一级至二级视力残疾      | 1000 元/人/月                  |    |       |               |                   |
|                            |                     |  | 一级肢体残疾         |                             |    |       |               |                   |
|                            |                     |  | 各级别智力残疾        |                             |    |       |               |                   |
|                            |                     |  | 各级别精神残疾        |                             |    |       |               |                   |
|                            |                     |  | 一级至三级残疾军人      |                             |    |       |               |                   |
|                            |                     |  | 三至四级视力残疾       | 600 元/人/月                   |    |       |               |                   |
| 二至四级肢体残疾                   |                     |  |                |                             |    |       |               |                   |
| 各级别听力残疾                    |                     |  |                |                             |    |       |               |                   |
| 各级别言语残疾                    |                     |  |                |                             |    |       |               |                   |
| 四至八级残疾军人                   |                     |  |                |                             |    |       |               |                   |
| 4                          | 超过比例安排残疾人就业<br>岗位补贴 |  | 400 元/人/月      |                             |    |       |               |                   |
| 5                          | 创业补贴                |  | 不高于 30000<br>元 |                             |    |       |               |                   |
| 6                          | 种养启动补贴              |  | 不高于 20000<br>元 |                             |    |       |               |                   |

|                 |                         |           |                                     |                   |  |  |  |
|-----------------|-------------------------|-----------|-------------------------------------|-------------------|--|--|--|
|                 | 7                       | 创业社会保险补贴  |                                     |                   |  |  |  |
|                 | 8                       | 无障碍设备设施补贴 | 人均不超过<br>4000 元/人，<br>最高不超过 10<br>万 |                   |  |  |  |
|                 | 小计                      |           |                                     |                   |  |  |  |
|                 | 本年度市级资金预算合计 (A): _____元 |           |                                     |                   |  |  |  |
| 区残联<br>申请       |                         |           | 区财政<br>局审核                          | 签名 (盖章):<br>年 月 日 |  |  |  |
|                 | 签名 (盖章):<br>年 月 日       |           |                                     |                   |  |  |  |
| 市残联<br>审批<br>意见 | 签名 (盖章):<br>年 月 日       |           |                                     |                   |  |  |  |

注：1. 本表由香洲区和斗门区残联每年 6 月前上报市残联，申请资金使用时段为次年 1—12 月；2. “区财政局审核”请明确已落实区级资金的金额。3. 本年度市级资金预算合计 (A) 为本表“市级负担金额”所有小计项之和。

附件 7:

## 年度残疾人就业创业补贴市级资金结算

\_\_\_\_\_区

填表时间：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

填表人：\_\_\_\_\_

| 序号 | 补贴项目   |           | 补助标准                             | 人数 | 金额<br>(元) | 市级负担<br>金额 (元) | 区级负<br>担资金<br>(元) |
|----|--|-----------|----------------------------------|----|-----------|----------------|-------------------|
|    | 1  | 2         | 3                                |    |           |                |                   |
| 1  | 职业培<br>训 补贴  | 取得职业合格证书  | 全额的 60% (最高不<br>超过 2000 元)       |    |           |                |                   |
|    |  | 取得职业资格证书  | 全额 (最高不超过<br>5000 元)             |    |           |                |                   |
| 2  | 职业培训生活补贴   |           | 500 元/人/月(不<br>多于 4 个月)          |    |           |                |                   |
| 3  | 安 排<br>残 疾<br>人 就<br>业 岗<br>位 补<br>贴<br>( 含<br>单 位<br>和 个<br>人 ) | 一级至二级视力残疾 | 1000 元/人/月                       |    |           |                |                   |
|    |  | 一级肢体残疾    |                                  |    |           |                |                   |
|    |  | 各级别智力残疾   |                                  |    |           |                |                   |
|    |  | 各级别精神残疾   |                                  |    |           |                |                   |
|    |  | 一级至三级残疾军人 |                                  |    |           |                |                   |
|    |  | 三至四级视力残疾  | 600 元/人/月                        |    |           |                |                   |
|    |  | 二至四级肢体残疾  |                                  |    |           |                |                   |
|    |  | 各级别听力残疾   |                                  |    |           |                |                   |
|    |  | 各级别言语残疾   |                                  |    |           |                |                   |
|    |  | 四至八级残疾军人  |                                  |    |           |                |                   |
| 4  | 超过比例安排残疾人就业<br>岗位补贴  |           | 400 元/人/月                        |    |           |                |                   |
| 5  | 创业补贴   |           | 不高于 30000 元                      |    |           |                |                   |
| 6  | 种养启动补贴   |           | 不高于 20000 元                      |    |           |                |                   |
| 7  | 创业社会保险补贴   |           |                                  |    |           |                |                   |
| 8  | 无障碍设备设施补贴  |           | 人均不超过 4000<br>元/人, 最高不超过<br>10 万 |    |           |                |                   |

|           |   |            |  |                   |  |
|-----------|---|------------|--|-------------------|--|
|           | 小计  |            |  |                   |  |
|           | 本年度市级资金实际使用合计 (A): _____元                       |            |  |                   |  |
|           | 本年度市级资金预算 (B): _____元                           |            |  |                   |  |
|           | 本年度市级资金结余 (C): _____元<br>或本年度市级资金不足 (C): _____元 |            |  |                   |  |
| 区残联<br>审核 |   | 区财政局<br>核定 |  | 签名 (盖章):<br>年 月 日 |  |
|           | 签名 (盖章):<br>年 月 日                               |            |  |                   |  |

注：1.本表由香洲区和斗门区残联每年12月底前分别上报市残联和市财政局，结算资金时段为当年1—12月。2.“区财政局核定”请明确已落实区级资金的金额。3.本年度市级资金实际使用合计(A)为本表“市级负担金额”所有小计项之和。4.本年度市级资金结余或不足(C)=本年度市级资金预算(B)-本年度市级资金实际使用合计(A)。5.本表中“本年度市级资金预算(B)”应与附件6.《\_\_年度残疾人就业创业补贴市级资金申请表》中的“本年度市级资金预算合计(A)”数值相等。



附件: 8:

## \_\_\_\_\_年度\_\_\_\_\_区残疾人职业培训补贴花名册

填报时间： 年 月 日

| 序号  | 姓名 | 性别 | 残疾类别和等级 | 残疾证号 | 联系电话 | 家庭住址 | 是否登记<br>失业 | 申请补助类别及金额(元) |            |          | 补贴金额小计<br>(元) | 备注 |
|-----|----|----|---------|------|------|------|------------|--------------|------------|----------|---------------|----|
|     |    |    |         |      |      |      |            | 职业培训补贴       |            | 职业培训生活补贴 |               |    |
|     |    |    |         |      |      |      |            | 取得职业资格培训补贴   | 取得合格证书培训补贴 |          |               |    |
| 1   |    |    |         |      |      |      |            |              |            |          |               |    |
| 2   |    |    |         |      |      |      |            |              |            |          |               |    |
| 3   |    |    |         |      |      |      |            |              |            |          |               |    |
| 4   |    |    |         |      |      |      |            |              |            |          |               |    |
| 5   |    |    |         |      |      |      |            |              |            |          |               |    |
|     |    |    |         |      |      |      |            |              |            |          |               |    |
|     |    |    |         |      |      |      |            |              |            |          |               |    |
| 合 计 |    |    |         |      |      |      |            |              |            |          |               |    |

说明：1. 各区残联填写本表，要求字迹清楚工整，填写内容真实。2. 在“申请补助类别及金额”内准确选择有关项目填写金额，无关内容的留白。3. 本表由区残联存档备查，香洲区、斗门区残联和区财政局需分别上报1份至市残联和市财政局。

填报单位（盖章）：\_\_\_\_\_

领导签名：\_\_\_\_\_

填表人：\_\_\_\_\_

附件 9:

# \_\_\_\_\_年度\_\_\_\_\_区用人单位安排本市户籍残疾人岗位补贴花名册

填报时间： 年 月 日

| 序号  | 申请单位 | 单位联系人 | 单位安排本市户籍残疾就业人数 | 单位安排本市户籍残疾人信息及补贴金额 |         |       |                 |        |         |                  |                      |           |
|-----|------|-------|----------------|--------------------|---------|-------|-----------------|--------|---------|------------------|----------------------|-----------|
|     |      |       |                | 残疾人姓名              | 残疾类别和等级 | 残疾人证号 | 在岗时间<br>(X月-X月) | 本人联系电话 | 是否超比例安排 | 单位和个人补贴金额<br>(元) | 单位超比例安排岗位补贴金额<br>(元) | 小计<br>(元) |
| 1   |      |       |                |                    |         |       |                 |        |         |                  |                      |           |
|     |      |       |                |                    |         |       |                 |        |         |                  |                      |           |
|     |      |       |                |                    |         |       |                 |        |         |                  |                      |           |
| 2   |      |       |                |                    |         |       |                 |        |         |                  |                      |           |
|     |      |       |                |                    |         |       |                 |        |         |                  |                      |           |
|     |      |       |                |                    |         |       |                 |        |         |                  |                      |           |
| 合 计 |      |       |                |                    |         |       |                 |        |         |                  |                      |           |

说明：1. 各区残联填写本表，要求字迹清楚工整，填写内容真实。 2. 本表由区残联存档备查，香洲区、斗门区残联和区财政局需分别上报 1 份至市残联和市财政局。  
3. “小计”为每个申请单位的“单位和个人补贴金额（元）”与“单位超比例安排岗位补贴金额（元）”两项之和。

填报单位（盖章）： \_\_\_\_\_

领导签名： \_\_\_\_\_

填表人： \_\_\_\_\_

附件 10:

## \_\_\_\_\_年度\_\_\_\_\_区残疾人创业资助补贴花名册

填报时间：    年    月    日

| 序号 | 姓名 | 性别 | 残疾类别和等级 | 残疾证号 | 联系电话 | 家庭住址 | 申请补助类别及金额（元） |        | 备注 |
|----|----|----|---------|------|------|------|--------------|--------|----|
|    |    |    |         |      |      |      | 创业补贴         | 种养启动补贴 |    |
| 1  |    |    |         |      |      |      |              |        |    |
| 2  |    |    |         |      |      |      |              |        |    |
| 3  |    |    |         |      |      |      |              |        |    |
| 4  |    |    |         |      |      |      |              |        |    |
| 5  |    |    |         |      |      |      |              |        |    |
| 合计 |    |    |         |      |      |      |              |        |    |

说明：1. 各区残联填写本表，要求字迹清楚工整，填写内容真实。2. 在“申请补助类别及金额”内准确选择有关项目填写金额。3. 本表由区残联存档备查，香洲区、斗门区残联和区财政局需分别上报 1 份至市残联和市财政局。

填报单位（盖章）：\_\_\_\_\_

领导签名：\_\_\_\_\_

填表人：\_\_\_\_\_

附件 11:

## \_\_\_\_年度\_\_\_\_区残疾人创业社会保险补贴花名册

填报时间： 年 月 日

| 序号 | 姓名 | 性别 | 残疾类别和等级 | 残疾证号 | 联系电话 | 家庭住址 | 补贴时间<br>X年X月-X月 | 补贴金额<br>小计(元) | 备注 |
|----|----|----|---------|------|------|------|-----------------|---------------|----|
| 1  |    |    |         |      |      |      |                 |               |    |
| 2  |    |    |         |      |      |      |                 |               |    |
| 3  |    |    |         |      |      |      |                 |               |    |
| 4  |    |    |         |      |      |      |                 |               |    |
| 5  |    |    |         |      |      |      |                 |               |    |
| 合计 |    |    |         |      |      |      |                 |               |    |

说明：1. 各区残联填写本表，要求字迹清楚工整，填写内容真实。2. 本表由区残联存档备查，香洲区、斗门区残联和区财政局需分别上报 1 份至市残联和市财政局。

填报单位（盖章）：\_\_\_\_\_

领导签名：\_\_\_\_\_

填表人：\_\_\_\_\_

附件 12:

## \_\_\_\_年度\_\_\_\_区用人单位无障碍设备设施补贴花名册

填报时间： 年 月 日

| 序号 | 申请单位 | 联系人 | 联系电话 | 安排残疾人<br>就业人数 | 其中安排本<br>市户籍残疾<br>人就业人数 | 补贴金额<br>(元) | 备注 |
|----|------|-----|------|---------------|-------------------------|-------------|----|
| 1  |      |     |      |               |                         |             |    |
| 2  |      |     |      |               |                         |             |    |
| 3  |      |     |      |               |                         |             |    |
| 4  |      |     |      |               |                         |             |    |
| 5  |      |     |      |               |                         |             |    |
| 合计 |      |     |      |               |                         |             |    |

说明：1. 各区残联填写本表，要求字迹清楚工整，填写内容真实。2. 本表由区残联存档备查，香洲区、斗门区残联和区财政局需分别上报 1 份至市残联和市财政局。

填报单位（盖章）： \_\_\_\_\_

领导签名： \_\_\_\_\_

填表人： \_\_\_\_\_

