附件2

**特困行业阶段性缓缴社会保险费缓缴申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | | | | | |
| 单位代码 |  | | | | | | |
| 联系人 |  | | | 联系电话 | |  | |
| 单位类型 |  | | | 参保人数 | |  | |
| 缓缴期限 | 企业职工基本养老保险 | | 失业保险 | | | | 工伤保险 |
| 自 年 月— 年 月 | | 自 年 月— 年 月 | | | | 自 年 月— 年 月 |
| 缓缴金额  （各险种缓缴期内参考最近月征缴计划计算出合计数额，单位：元） | 养老保险 | | 失业保险 | | | | 工伤保险 |
|  | |  | | | |  |
| 申请单位  （盖章） | 年 月 日 | | | | | | |
| 社会保险经办机构审核意见 | 经办人： | 审核人： | | | 审核人： | | |