|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件4 | | **中山市推荐残疾人就业补贴申请报备表** | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | 推荐机构名称（盖章）： 用人单位所属镇街： | | | | | | | | | | | | |
| 序 号 | 姓名 | | 性别 | 《残疾人证》或  《残疾军人证》号码 | 残疾 类别 | 残疾 等级 | 就业单位名称 | 就业单位联系人 | 就业单位联系电话 | 在岗岗位  名称 | 劳动合同或  协议期限  (年月至年月) | 是否不低于  中山市全日制职工最低  工资标准 | 是否属实 |
| 1 |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | 填表人： 联系电话： 填报日期： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
|  | | 镇街残联审核人(签章)： 联系电话： 审核日期： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
|  | | 填报说明： 1. 本表由推荐机构填写，一式二份，本页填满可另页填报。 2.“劳动合同期限”按签订劳动合同(事业单位签订聘用合同)的实际期限或无固定期限填报。  3.推荐对象成功就业60日内提交用人单位所属镇街残联备案，逾期无效。  4.镇街残联确认报备资料及残疾人就业情况的真实性后，填写完“是否属实栏”再签字及盖章。 | | | | | | | | | | | |