**北京市残疾人一次性**

**补缴社会保险补贴申请审批表**

审批表编号：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | 性 别 |  | 出生年月 |  |
| 残疾人证号 | |  | | 联系电话 |  | |
| 户籍所在街道  （乡镇） | |  | | | | |
| 参保及  补缴  情况 | 基本养老保险 | 按年缴费 年 个月，补缴 年 个月，补缴标准 元/月，补缴金额 元 | | | | |
| 基本医疗保险 | 按年缴费 年 个月，补缴 年 个月，补缴标准 元/月，补缴金额 元 | | | | |
| 一次性补缴  社会保险费  补贴申请 | | 本人按照《关于进一步促进本市残疾人就业工作的若干措施》（京残发〔2018〕26号）申请享受一次性补缴社会保险补贴。本次所提交的各项申请材料真实有效，不含虚假内容，自愿承担由此产生的相关责任。  本人签字： 年 月 日 | | | | |
| 街道（乡镇）残联意见 | | 申请人符合一次性补缴社会保险费补贴条件。  年 月 日，按规定一次性补缴了基本养老保险费 元、基本医疗保险费 元。  （公章）  经办人： 负责人： 年 月 日 | | | | |
| 区残疾人就业服务机构意见 | | 申请人按规定一次性补缴了社会保险费。建议给予其一次性补缴社会保险补贴 元。  （公章）  经办人： 负责人： 年 月 日 | | | | |
| 区残联意见 | | （公章）  经办人： 负责人： 年 月 日 | | | | |

注：此表一式三份，区残疾人就业服务机构、街道（乡镇）残联、残疾人档案各一份