附件

特困行业企业阶段性缓缴

社会保险费申请表

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 单位代码 |  |
| 行业类别 |  |
| 联系人 |  | 手机 |  |
| 申 请 缓 缴 月 份 | **养****老****保****险** | **全部 □** |
| 5月**□** | 6月**□** | 7月**□** |
| **失业 保险** | **2022年 全部 □** | **2023年 全部 □** |
| 5月**□** | 6月**□** | 7月**□** | 8月**□** | 9月**□** | 10月**□** | 11月**□** | 12月**□** | 1月**□** | 2月**□** | 3月**□** | 4月**□** |
| **工伤 保险** | **2022年 全部 □** | **2023年 全部 □** |
| 5月**□** | 6月□ | 7月□ | 8月□ | 9月□ | 10月□ | 11月□ | 12月□ | 1月□ | 2月□ | 3月□ | 4月□ |
|  我单位承诺最迟于2022年12月底前补齐缓缴的单位部分养老保险费；2023年5月底前补齐缓缴的单位部分失业保险费、工伤保险费。 |
| 请手写上述承诺内容：   法人签字： 单位公章： 年 月 日 |

天津市人力资源和社会保障局办公室 2022年5月12日印发