

附件：3

2026年西双版纳州全国残疾人按比例就业情况联网认证申报表

一、用人单位基本信息						
单位名称（盖章）		统一社会信用代码		税务登记证号		
单位性质		经济性质		行业类别		
残联主管部门		税务主管部门		单位所属行政区		
法人姓名		法人身份证号		法人电话		
经办人姓名		经办人电话		单位电话		
单位注册地址		单位经营地址				
二、关联单位（劳务派遣公司）信息						
序号	行政规分区域	统一社会信用代码	税务登记证号	单位名称	单位地址	单位电话
三、残疾人基本信息（共人）						
序号		身份证号		姓名		性别
出生日期及年龄				户籍所在地		户籍地类型 <input type="checkbox"/> 本州市 <input type="checkbox"/> 本省外州市 <input type="checkbox"/> 外省
联系电话				户籍地址		文化程度
监护人姓名（选填）				监护人电话（选填）		工资申报方式 <input type="checkbox"/> 当月工资收入于次月进行个税申报
是否在编人员		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		是否劳务派遣	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	关联单位关系 <input type="checkbox"/> 本单位 <input type="checkbox"/> 上下级 <input type="checkbox"/> 第三方代发代缴
合同类型		<input type="checkbox"/> 无固定期限 <input type="checkbox"/> 有固定期限		合同开始日期		合同结束时间
岗位工种				合同月薪		工资发放单位
社保参保单位				医保参保单位		残疾类别及等级
证件类型		<input type="checkbox"/> 残疾人证 <input type="checkbox"/> 残疾军人证		证件号码		有效期开始和结束时间

注：有多家关联单位（劳务派遣公司）的，请逐个填写；有多名残疾人职工的，请按序号另附页编写残疾人基本信息。

申报年度： 年

填写人：

填表日期： 年 月 日

填表说明

1.本表仅需安排有残疾人就业的单位在采用窗口办理时填写，采用网上办理方式无需填写。没有安排残疾人就业的单位用人单位无需填写。携带本表盖章原件一份及相关审核材料送残疾人就业服务机构审核认定后，由残疾人就业服务机构留存。

2.用人单位基本信息：

(1)单位名称：要与填报单位名称一致，未盖公章的报表，不予确认。

(2)单位所属行政区、税务主管部门、残联主管部门：均具体填写到**省**市**县（市、区）

(3)单位性质：企业、机关、事业单位、社会团体、其他组织机构。

(4)经济性质、行业类别：可在窗口现场办理时咨询填报。

3.关联单位（劳务派遣公司）信息：有则相应填写，无则不填。有多家劳务派遣公司的，需逐个填写相关信息。

(1)行政划分区域：具体填写到**省**市**县（市、区）

4.残疾人基本信息（共 人）：有多名残疾人职工的，请按序号另附页编写残疾人基本信息。

(1)文化程度：博士、硕士、大学本科、大学专科、中等专科、职业高中、技工学校、普通中学、初级中学、小学、其他、无。

(2)监护人姓名、监护人电话：有则相应填写，无则不填。

(3)合同开始日期、合同结束时间：同一个残疾人职工申报年度内，存在多个合同的，需逐一填入开始日期和结束日期，且单个合同填写必须满一年以上，例如：开始日期为 2020-1-1，结束日期为 2021-1-11。

(4)岗位工种：可在窗口现场办理时咨询填报。

(5)残疾类别及等级：以《中华人民共和国残疾人证》、《中华人民共和国残疾军人证》评定类别和级别为准。