附件2

**单 位 残 疾 职 工 名 册**

**单位名称：（公章） 社保登记码：**

**统一社会信用代码 ： 第 页共 页**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **姓 名** | **残疾 类别** | **残疾 等级** | **残疾人证号** | **发证时间** | **是否为毕业未满5年全日制普通中高等院校残疾人毕业生** | | **是否 本市户籍** | | **上年度缴费 月数** |
| 是 | 否 | 是 | 否 |
| 1 |  |  |  |  | 年 月 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  | 年 月 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  | 年 月 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  | 年 月 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  | 年 月 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  | 年 月 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  | 年 月 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  | 年 月 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  | 年 月 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  | 年 月 |  |  |  |  |  |

填表人： 填表日期： 年 月 日

注：单位职工持有有效《中华人民共和国残疾人证》或《中华人民共和国残疾军人证》或《中华人民共和国伤残人民警察证》,且上年度单位为其缴纳城镇基本社会保险的可填入本表。