附件1

受疫情影响生产经营严重困难企业（单位）申报认定表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 企业（单位）基本情况 | | | | | | |
| 单位名称 | |  | | 社会信用代码 | |  |
| 法定代表人 | |  | | 通信地址 | |  |
| 联系人 | |  | | 联系电话 | |  |
| 缓缴申请 | | | | | | |
| 缓缴申请主要内容：描述2019年企业经营状况、职工人数、参保缴费人数，对照认定条件生产经营受疫情影响情况，申请缓缴险种、缓缴月份和期限等。  申请人承诺：缓缴申请和所提供材料真实，如有虚假，本企业（单位）及法人代表愿承担由此产生的法律责任和相应后果。并承诺缓缴期满前足额补缴社会保险费。  法人代表签字 单位盖章  年 月 日 年 月 日 | | | | | | |
| 认定小组成员意见：  签字:  年 月 日 | | | | | | |
| 河北省人力资源和社会保障厅          　年　　月　　日 | | | 省财政厅            　　　年　月　日 | | 国家税务总局河北省  税务局           　　　　　年　月　日 | |
| 备  注 |  | | | | | |