**附件 2**

# **缓缴社会保险费申请表**

申请单位名称： 单位:人、万元

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位社保编号 |  | 统一社会信用代码 |  | | 上年末在职参保人数 |  | | | |
| 上年营业收入 |  | 2019 年社会保险已缴费月数 | 1.企业职工养老保险： 个月2.失业保险： 个月  3.工伤保险： 个月 | | 联系人及电话 |  | | | |
| 是否申请缓缴职工个人缴费：  是 □ 否 □ | | | 申请缓缴期限 | | 自至 |  | 年年 |  | 月月 |
| 缓缴期满后补缴时间 | | | 自 | 年 | 月至 | 年 |  | 月 |  |
| 本企业承诺受到疫情影响导致生产经营困难、无力缴纳社会保险费的情况属实、申报信息真实， 对失真失信造成的后果承担相应责任。近期经营情况及困难情况简述如下：  单位公章： 法定代表人签字：  年 月 日 | | | | | | | | | |