附件2

常州市市本级困难企业终止缓缴社会保险费申报表

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 | 　 |
| 单位代码 | 　 |
| 经办人 | 　 |
| 联系电话 | 　 |
| 缓缴期限及金额 | 从\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月至\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月共\_\_\_\_\_个月，累计缓缴金额\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_元。 |
| 申请终止缓缴社会保险费时间 | \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月 |
| 单位签章 | 　 |
|  单位法人代表签字： 单位盖章 |
|  年 月 日 年 月 日  |
| 备注 | 　 |

注：本表一式三份，地税、人社、企业各一份。