

附件 2

长春市残疾人辅助性就业机构补贴资金审批表

填报单位（盖章）： 填报时间： 年 月 日

单位地址		邮政编码		负责人		联系电话	
开户银行	银行账号			已补贴起止时间	本次补贴起止时间		
服务人员人数（人）	残疾职工人数（人）合计	智力残疾人数（人）	精神残疾人数（人）	重度肢体残疾人数（人）			
辅助性就业岗位补贴（元）							
残疾职工稳岗不补贴（元）							
机构运行补贴（元）							
补贴金额（元）	(小写)			(大写)			
街道（镇）意见（盖章） 年 月 日		(区)市残联意见（盖章） 年 月 日		(区)市财政意见（盖章） 年 月 日			

注：本表一式 3 份，市残联、市财政、区（市）残联、区（市）财政、街道（镇）各 1 份。

机构填报人： 联系电话：