

附件7

未按规定缴纳残疾人就业保障金用人单位明细表

编制单位（公章）：

所属年度： 年

单位：元（至角分）

序号	统一社会信用代码	纳税人名称	所属县区	生产经营地址	法人 联系电话	财务负责人 联系电话	是否 欠缴	欠缴金额

移交单位：

接收单位：

移交日期： 年 月 日

注：未按定期限申报残疾人就业保障金的用人单位不需填写欠缴金额