残疾人就业保障金自主申报单

我单位 年度在职职工 人，其中残疾职工 人，年度工资总额为 元。

经 办 人： 移动电话：

单位地址：

申 报 声 明

**本单位所申报的残疾人就业及保障金相关信息是依据国家法律规定申报的，我确定它是真实、准确并完整，与事实相符。如有不符，愿承担一切法律责任。**

法定代表人（负责人）：

单位名称（签章）

年 月 日

（本页由用人单位填写后拍照上传）