|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件3 |  |  | |  | | |  | |  | |
| 疫情管控区域缓缴社会保险费资格确认表 | | | | | | | | | | |
| 单位名称 |  | | | | | 统一社会  信用代码 | |  | | |
| 注册地址 |  | | | | | 主管税务  机关 | |  | | |
| 疫情管控  情况 | 于 年 月 日被 第 号通告（公告）列为：  □高风险地区 □中风险地区 □封控区 □管控区 □防范区。 | | | | | | | | | |
| 经营困难  情况 | 2022年是否已出现1个月（含）以上的亏损？ □是 □否 | | | | | | | | | |
| 企业划型 | 2021年（含）以后新增参保企业请填写本栏： 是否中小微企业？ □是 □否 | | | | | | | | | |
| 申请事项 | 根据《关于扩大阶段性缓缴社会保险费政策实施范围等问题的通知》（人社部发〔2022〕31号），我单位特申请缓缴社会保险费，具体如下： | | | | | | | | | |
| 险种名称 | | 缴费所属期起 | | 缴费所属期止 | | | | | 补缴费款时间 |
| 养老保险 | | 年 月 | | 年 月 | | | | | 年 月 |
| 工伤保险 | | 年 月 | | 年 月 | | | | | 年 月 |
| 失业保险 | | 年 月 | | 年 月 | | | | | 年 月 |
| 申请单位  承诺事项 | 本单位确保上述信息真实准确，若有不实之处将按规定补缴已减免的滞纳金并承担由此引起的一切法律责任和后果。     经办人： 　　　 　　年 月 日（单位公章） | | | | | | | | | |
| 社保经办  机构意见 | 经核实，该参保单位（养老保险、工伤保险单位编码为 ，失业保险单位编码为 ）疫情管控情况符合《关于扩大阶段性缓缴社会保险费政策实施范围等问题的通知》（人社部发〔2022〕31号）规定的扩大阶段性缓缴社会保险费的适用范围。    经办人： 审核人：   年 月 日（社保经办机构盖章） | | | | | | | | | |
| 备注： 1.本表一式三份,用人单位、社保经办机构、税务部门各一份。 2.是否属于中小微企业由税务部门按照2020年阶段性减免社保费相关划型的结论进行判断；2021年以后新增参保企业实行告知承诺制。 3.相关部门可对用人单位承诺事项的真实性进行监督检查，对不符合条件的企业已享受缓缴的社会保险费进行追缴，并按规定加收滞纳金。 | | | | | | | | | | |