

宁波市残疾人联合会 宁波市地方税务局 文件

甬残联〔2018〕6号

宁波市残联 宁波市地方税务局 关于规范全市残疾人就业保障金 抵扣办理工作的通知

各区县（市）残联、地方税务局（分局），各有关单位：

为规范全市机关、团体、企业、事业单位和民办非企业单位（以下简称用人单位）残疾人就业保障金（以下简称残保金）的抵扣核准等相关工作，落实“最多跑一次”要求，经研究，决定统一全大市残保金抵扣数据的表证单书，规范各级残联和各级地税数据交换方式，进一步提高残保金征管质量和效率，现将有关事项通知如下：

一、关于抵扣数据核准确认

根据《宁波市残联关于下沉我市部分残疾人就业保障金抵扣

《宁波市残疾人就业保障金征收使用管理暂行办法》(甬残联〔2017〕49号)文件精神,自2018年起,用人单位到各相关残联办理抵扣手续的时间为每年1月1日至2月15日,用人单位办理残保金抵扣手续需填报《宁波市用人单位安排残疾人就业情况表》(附表1)。集中抵扣期结束后,用人单位中途办理残疾职工增加或减少手续时,仍需填报附表1。各区县(市)残联收到附表1及相关资料,经核准无误后出具《用人单位安置残疾职工核准通知书》(附表2),用人单位持附表2到户管税务部门申报残保金抵扣。

对符合免征条件的小微企业残保金减免直接由该企业的主管税务部门确认办理。

二、关于数据信息交换

各级残联和各级税务部门数据交换统一按以下程序进行。

(一)各区县(市)残联于每年2月25日前,统一填报《残疾人就业保障金抵扣审批信息汇总表》(附表3),并发送给相应税务部门,地税直属分局仍与市残疾人就业中心对接。

(二)各区县(市)地税根据附表2、附表3办理一年一次的残保金抵扣备案信息核对、录入、反馈等工作。先由办税服务大厅前台受理附表2,再与残联传送过来的附表3进行核对,核对无误后即时登记金三系统备案,完成录入备案和明细台账登记工作(附表6),并将附表2与附表3信息进行核对,最后汇总后将附表4反馈给相应残联。

(三)残联再次将已经审核确认的用人单位安排残疾人情况附表 2、附表 3 与地税传送的用人单位申报缴纳残保金及有关安置残疾人的信息附表 4 进行比对,并将发现的问题及时传递给主管税务部门,由其依法依规进行处理,确保我市残保金征缴的相关法律政策的贯彻落实。

每年残保金入库关帐后,各区县(市)税务部门应将上年度残保金入库、退库相关信息传递给相应残联(附表 5)。

三、工作要求

各级残联、地税要主动适应新形势下残保金征管实际,加强沟通,密切协作,不断完善共享机制,规范办理程序,及时发现解决工作中的矛盾和问题。同时各级残联、地税要确定具体联络人负责数据信息交换工作,确保残保金抵扣数据、信息对接的及时有效。

方便用人单位缴费,残联要在条件成熟后,尽快落实已安置残疾人就业的用人单位的残保金抵扣核准手续的网上申报工作。

附表:1. 宁波市用人单位安排残疾人就业情况表

2. 用人单位安置残疾职工核准通知书

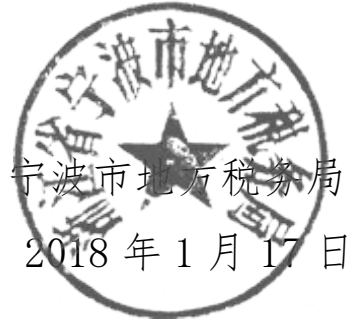
3. 残疾人就业保障金抵扣审批信息汇总表

4. 残疾人就业保障金抵扣信息反馈表

5. 残疾人就业保障金入库信息汇总表

6. 残疾人就业保障金抵扣明细台账

7. 联系人员名单和联系方式



附表 1:

宁波市用人单位安排残疾人就业情况表

单位名称:

填报日期: 年 月 日

| 单位性质 | | | | | 通讯地址 | | | | 联系人 | | | 联系电话 | | | | |
|--------|----|------|------|------|-------------------|------|------|---|------|-----|-----------------|--------------|------------|--|--|--|
| 主管地税机关 | | | | | 纳税人识别号 | | | | 职工人数 | | | 残疾职工数 | | | | |
| 残疾人姓名 | 性别 | 身份证号 | 残疾类别 | 残疾等级 | 残疾人证号/ 残疾军人证编号 | 文化程度 | 合同期限 | | | 就岗位 | 申报年度社保 缴费起止月 | 月平均 工资(元) | 本人手 机号码 | | | |
| | | | | | | | 年 | 月 | 日 | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | 至 | | | |
| | | | | | | | 年 | 月 | 日 | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

单位及经办人承诺，本表格所填内容及申报所需各项证明材料真实、有效、合法。

单位(公章): 经办人:
年 月 日

说明: 本表主体责任人为用人单位, 所填写数据的真实性由用人单位负责。本表流向为相应残联的残保金抵扣办理机构。残保金抵扣办理机构收到本表及其他必须资料, 核准无误后出具附 2 给用人单位。同时, 本表由残联残保金抵扣办理机构保存, 作为台账之一备查。

附表 2:

宁波市_____区县(市)_____年度
用人单位安置残疾职工核准通知书
_____残劳核第_____号(留存栏)

流向: _____

宁波市_____区县(市)_____年度
用人单位安置残疾职工核准通知书
_____残劳核第_____号

_____地方税务分局:

兹有 _____, 纳税人识别号: _____, 经核准确认已安置残疾职工名, 按 1.5% 的安置比例, 该单位自本年度____月份起至____月份止, 每月可抵扣____名职工残疾人就业保障金(以下简称残保金), 抵扣金额_____元, 单位月职工人数少于抵扣人数的免征残保金, 超过抵扣人数的按差额人数征收残保金。

宁波市_____区县(市)残疾人劳动就业服务所
年 月 日

说明: 本表的责任主体为残联残保金抵扣办理机构, 流向为用人单位。用人单位持本表到相应的地税部门办理残保金抵扣手续。本表留存联作为台账之一备查。

附表 3:

区县（市）残疾人就业保障金抵扣审批信息汇总表

| 序号 | 单位名称 | 单位性质 | 纳税人识别号 | 抵扣人数 | 当年抵扣总金额（元） | 备注 |
|----|------|------|--------|------|------------|----|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| 合计 | | | | | | |

填报时间： 年 月 日

经办人：

说明：本表的责任主体为残联残保金抵扣办理机构，流向为相应的地税机关。便于税务部门与前台收集的数据核对。同时作为台账之一备查。

附表 4:

区县（市）地方税务局残疾人就业保障金抵扣信息反馈表

年度填报日期 年 月 日

| 序号 | 单位名称 | 单位性质 | 抵扣人数 | 变更人数 (增、减) | 抵扣金额 (元) | 差异情况 |
|----|------|------|------|---------------|-------------|------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| 合计 | | | | | | |

经办人：

说明：本表的责任主体为地税部门，流向为相应的残联残保金抵扣办理机构。残联残保金抵扣办理机构根据反馈信息中的差异，分析原因，提出对策，并将结果反馈给相应的地税机关。

附表 5:

区县（市）地税局残疾人就业保障金入库信息汇总表

| 序号 | 年份 | 单位名称 | 单位性质 | 入库金额（元） | 退库金额（元） | 备注 |
|----|----|------|------|---------|---------|----|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| 合计 | | | | | | |

填报日期 年 月 日

经办人:

说明: 本表的责任主体为地税部门, 流向为相应的残联残保金抵扣办理机构。主要便于残联机构掌握残保金数额、增减等情况。

附表 6:

区县（市）地税局残疾人就业保障金
抵扣明细台账（地税）

填报时间 年 月 日

| 序号 | 单位名称 | 单位性质 | 纳税人识别号 | 抵扣标准 | 抵扣金额（元） | 备注 |
|----|------|------|--------|------|---------|----|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| 合计 | | | | | | |

经办人：

说明：本表的责任主体为地税，主要用于备案备查。

附表 7:

各级残联、地税联系方式

| 地区 | 残联 联系人 | 联系电话 | 地址 | 地税 联系人 | 联系电话 | 地址 | 备注 |
|-----|-----------|------|----|-----------|------|----|----|
| 镇海 | | | | | | | |
| 鄞州 | | | | | | | |
| 北仑 | | | | | | | |
| 海曙 | | | | | | | |
| 江北 | | | | | | | |
| 保税 | | | | | | | |
| 高新 | | | | | | | |
| 杭州湾 | | | | | | | |
| 东钱湖 | | | | | | | |
| 大榭 | | | | | | | |
| 余姚 | | | | | | | |
| 慈溪 | | | | | | | |
| 象山 | | | | | | | |
| 宁海 | | | | | | | |
| 奉化 | | | | | | | |
| 直属 | | | | | | | |

说明：本表的责任主体为残联和地税，主要用于两家单位的对应联系。

