附件2

**申请延期缓缴社会保险费单位名单**

报送单位： 报送日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 所属市县 | 单位名称 | 统一社会信用代码 | 单位编号 | 申请缓缴险种 | 申请缓缴费款所属期 | 申请日期 | 缓缴执行期限 | 备注 |
|  |  |  |  |  | 月—月 | 月日 | 月日—月日 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

单位负责人： 填报联系人：

注：此表一式三份，参保地社会保险局、省社会保险局、省人力资源社会保障厅各留一份备案。