附件 2

社会保险费缓缴审核表

日 期： 编号：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | |
| 单位地址 |  | | |
| 法人代表 |  | 联系电话 |  |
| 缓缴事由 | 年 月 日（公章） | | |
| 缓缴期限 | 自 年 月 日起至 年 月 日止。 | | |
| 社会保险经办机构审核意见 | 经办人： | 审核人： | 审核人：  年 月 日（公章） |
| 社会保险  行政部门  审批意见 | 年 月 日（公章） | | |