**社会保险费滞纳金暂缓缴纳申请表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 用人单位  名 称 | |  | 统一社会信用代码/纳税人识别号 |  |
| 单位社保号 |  |
| 我单位申请暂缓缴纳所属期（ ）年（ ）月至（ ）年（ ）月的社会保险费欠费所产生的滞纳金。 | | | | |
| 申请  理  由 |  | | | |
| **用人单位声明：本表所填写内容准确无误，所提交的证件、资料及复印件真实有效，如有虚假愿承担法律责任。**  **用人单位（盖章）：**    年月日 | | | | |

办费联系人： 联系方式（手机号码）：

说明：1、本表一式一份，地方税务机关留存。

2、经税务机关审批后，缴费时效为60天，逾期未缴费的，原审批结果自动失效，应

重新申请。