附件

**继续阶段性降低社会保险费率执行情况**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 发文情况（原件附后） | 发文时间 | 文号 | 文件标题 | 备注 |
|  |  |  |  |
| 降费率成效 | 险种 | 原费率 | 现费率 | 现费率执行起止时间 | 备注 |
| 企业养老保险 |  |  |  |  |
| 失业保险 |  |  |  |  |
| 工伤保险 |  |  |  |  |

联系人： 职务： 电话：