

장애인 고용부담금 []징수 통지서 []추가징수

납부 의무자	사업체명	대표자명
	소재지	

()년도 「장애인고용촉진 및 직업재활법」 제33조제6항 및 제7항에 따른 고용부담금 징수(추가징수) 내역

구분	장애인 고용의무인원	장애인근로자수	부담금	가산금
조사 전	명	명	원	원
조사 후	명	명	원	원
차이	명	명	원	원
징수(추가징수)총금액			원	

()년도 「장애인고용촉진 및 직업재활법」 제33조제8항에 따른 수정신고에 대한 고용부담금 추가징수 내역

구분	수정신고한 부담금의 차액	원	납부금액	원
			미납부금액	원
가산금			원	
추가징수 총금액 (=가산금 + 수정신고한 부담금의 미납부금액)			원	

「장애인고용촉진 및 직업재활법」 제36조 및 같은 법 시행규칙 제14조의2제4항·제19조제1항에 따라 위와 같이 장애인 고용부담금의 징수 또는 추가징수를 통지하오니 납부하여 주시기 바랍니다.

년 월 일

한국장애인고용공단 ○○○○○○장

직인

안내사항

- 이 통지에 이의가 있는 경우에는 「장애인고용촉진 및 직업재활법」 제36조의2에 따라 통지서를 받은 날부터 30일 이내에 이의신청을 할 수 있습니다.
- 제1호의 이의신청을 한 경우에도 이의신청과 관계없이 처분이 있음을 안 날부터 90일 이내에 「행정심판법」에 따른 행정심판을 청구하거나 「행정소송법」에 따른 행정소송을 제기할 수 있습니다.

부서명	담당자
주소	전화번호
전자우편주소	팩스번호