附件2：

**长春市科技型“小巨人”企业**

**认定后补助资金申请表**

计划类别：科技创新主体培育计划

企业名称：

企业负责人： 固定电话： 移动电话：

联系人： 固定电话： 移动电话：

推荐单位：

填报时间： 年 月 日

**声明：**本申请书上填写的有关内容和提交的资料均准确、真实、合法、有效、无涉密信息，本企业愿为此承担有关法律责任。

法定代表人（签名）: （企业公章）

**长春市科学技术局**

**二〇二〇年十月制**

|  |  |
| --- | --- |
| 企业名称 |  |
| 注册地址 |  |
| 企业法定代表人 |  | 联系电话 |  | 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 长春市科技型“小巨人”企业认定年度 |  年  |
| 注册资金 |  | 所属技术领域 |  | 主要产品（服务） |  |
| 职工总数 |  | 科技人员数量 |  | 知识产权数量 |  |
| 企业财务状况 | 主营业务收入（万元） | 实际上缴税金（万元） | 税后利润（万元） | 上缴所得税额（万元） | 研发费用（万元） |
| 2018年（审计） |  |  |  |  |  |
| 2019年 |  |  |  |  |  |
| 企业未来三年发展规划(500字左右) |  |
| 企业未来三年研发规划(500字左右) |  |
| 属地科技管理部门推荐意见：  （单位盖章） 年 月 日 |
| 长春市科技局审核意见：  （单位盖章）  年 月 日 |