附件2

2025年度前海深港现代服务业合作区

科技创新产业扶持专项资金申请表

申请单位：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（盖章）

联系人：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

联系电话：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

申请时间：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

深圳市前海深港现代服务业合作区管理局制

2025年

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申报单位基本信息** | | | | | | | | |
| 单位名称 | |  | | | | | | |
| 注册地址 | |  | | | | | | |
| 实际办公地址 | |  | | | | | | |
| 统一社会信用代码 | |  | | | 纳税人识别号 |  | | |
| 所属行业 | |  | | | 产业领域 |  | | |
| 办公面积 | |  | | | 员工人数 | （代扣代缴个人所得税人数） | | |
| 是否港/澳/台/外资 | | （如是，填写港/澳/台/外资占比） | | | | | | |
| 法定代表人/负责人 | |  | | | 手机 |  | | |
| 经办人 | |  | | | 手机 |  | | |
| 开户银行 | |  | | | 银行帐号 |  | | |
| 注册时间 | |  | | | 注册登记类型 |  | | |
| **经营情况信息** | | | | | | | | |
| 经营范围 | |  | | | | | | |
| 序号 | | 项目 | | | 2023年度 | | | 2024年度 |
| 1 | | 营业收入（万元） | | |  | | |  |
| 2 | | 利润总额（万元） | | |  | | |  |
| 3 | | 纳税总额（万元，不含代扣代缴个人所得税） | | |  | | |  |
| **申报条款情况** | | | | | | | | |
| 经汇总，我单位申请《深圳市前海深港现代服务业合作区管理局支持科技创新实施办法（试行）》中共 项扶持，具体对应条款如下： | | | | | | | | |
| 拟申请扶持条款 | | | 是否申请该条款扶持（若申请该条款，请填写“是”，若不申请，则不必填写） | | | | 拟申请扶持金额（单位：元） | |
| **《2024年办法》相关条款** | | | | | | | | |
| 第六条第（二）款 | | |  | | | |  | |
| 第七条第(一)款 | | |  | | | |  | |
| 第七条第(二)款 | | |  | | | |  | |
| 第九条 | | |  | | | |  | |
| 第十条 | | |  | | | |  | |
| 第十一条第（一）款 | | |  | | | |  | |
| 第十二条第（一）款 | | |  | | | |  | |
| 第十二条第（二）款 | | |  | | | |  | |
| 第十三条 | | |  | | | |  | |
| 第十五条第(一)款 | | |  | | | |  | |
| 第十五条第(二)款 | | |  | | | |  | |
| 第十五条第(三)款 | | |  | | | |  | |
| 第十六条第（一）款 | | |  | | | |  | |
| 第十六条第（二）款 | | |  | | | |  | |
| 第十六条第（三）款 | | |  | | | |  | |
| 第十六条第（四）款 | | |  | | | |  | |
| 第十六条第（五）款 | | |  | | | |  | |
| **拟申请扶持金额总计：** | | | | | | | | |
| **扶持金额的计算过程：** | | | | | | | | |
| 是否有正在申请或已享受的南山区、宝安区、前海合作区扶持政策，如果有，请填写下表 | | | | | | | | |
| 政策名称及条款 | 申请时间  （2024年起） | | | 扶持金额  及到账时间 | | 受理单位 | | |
| 示例：前海合作区XXX扶持政策第XX条 | | 示例：2024年X月 | | 示例：XXX万元  X年X月/未到账 | | 示例：XX局 | | |
|  | |  | |  | |  | | |
| **本单位对上述基本信息确认无误。**  单位法定代表人（负责人）签字  单位盖章  年 月 日 | | | | | | | | |