障がい者雇用状況調書

|  |  |
| --- | --- |
| 商号又は名称 |  |
| 基準日（申請日を記入すること） | 令和　　年　　月　　日 |
| 従業員数（短時間勤務者数を除く） (a) |  |
| 短時間勤務者数（週20時間以上30時間未満） (b) |  |
| 従業員のうち障がい者数 |  |
| 障がい者雇用率の算定の基礎となる従業員数 (c)  ※障がい者の雇用義務のある事業者のみ記入すること  (a)+(b)×0.5 |  |
| 障がい者法定雇用率 | 2.3％（民間企業） |
| 法定雇用障がい者数　　　　　　　　　　　　　　(c)×0.023  ※(c)×0.023で1.0以上となる事業者が障がい者の雇用義務のある事業者です。 |  |

〇個別の状況

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 身体障害者手帳等の番号 | 障害等級等 | 週の所定労働時間 |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |

※身体障害者手帳等の番号欄は、交付された身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保険福祉手帳の番号について、1人につき１行に記入してください。1人の者が複数の手帳を有する場合は1行に記入してください。

〇添付書類

【障がい者雇用が義務付けられている場合】

・公共職業安定所に報告した障害者雇用状況報告書（写し）

なお、報告後の異動により申請日時点で法定雇用率達成となった場合は、健康保険厚生年金標準報酬決定通知書、身体障害者手帳等、申請日時点の従業員数、障がい者数の状況が確認できる書類の写しを添付すること。

【障がい者雇用が義務付けられていないが、申請日時点で障がい者を雇用している場合】

・障害を証明するもの（身体障害者手帳等）の写し

・直接的かつ恒常的雇用を確認できるもの（健康保険証）の写し