

障害者雇用状況報告書

申込人住所（所在地）：

氏名（名称）：

障害者雇用 算定年月	A 常用雇用 労働者数 ※1	B 常用雇用障害者数				C 短時間雇用障害者数 ※2			D 雇用障害者 合計 (④+⑦)	E 障害者 雇用率 ※3 (D ÷ A × 100)
		① 重度身体障害 者及び重度知 的障害者数	② 左記以外の身 体障害者及び 知的障害者数	③ 精神障害者数	④合計 (①×2+②+③)	⑤ 重度身体障害 者及び重度知 的障害者数	⑥ 精神障害者数	⑦合計 (⑤+⑥÷2)		
平成 年 月										

※1 常用雇用労働者数は、次に掲げる者の数を記入してください。なお、ここでのいう常用雇用労働者数には、短時間雇用障害者数を含みません。

イ 雇用期間の定めなく雇用されている労働者

ロ 一定の雇用期間を定めて雇用される労働者であって、雇用期間が反復更新され、過去1年を超える期間について引き続き雇用されている労働者

ハ 雇入れの時から1年を超えて引き続き雇用されると見込まれる労働者

※2 短時間雇用障害者は、1週間の所定労働時間が当該事業所に雇用する常用雇用労働者の1週間の所定労働時間に比べて短く、かつ20時間以上30時間未満である常用労働者をいいます。

※3 小数点以下第2位を切り捨てた数を記入してください。

注・ 融資申込日が属する月の初日現在の状況を記入してください。

・ 本店、支店、営業所等の合計数を記載してください。

・ 事業所別被保険者台帳照会及び雇用している障害者の障害者手帳の写しを添付して、申込窓口に提出してください。