

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 雇い入れの時から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を添付して、申込窓口に提出してください。