【様式第２号】

障 害 者 雇 用 状 況 届 出 書

年　　月　　日

会社（事業所）名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

担当（記入）者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

I.　障害者の雇用の促進等に関する法律（障害者雇用促進法）第４３条第７項による障害者雇用状況の報告義務がある事業者

☐　障害者雇用状況報告書（事業主控）の写し（申請日の直前のもので受付印のあるもの）

II.　上記Ｉ以外の事業者

障害者雇用率が 2.0%を超えていることを確認するため、申請日直前の６月１日時点の状況を下記にご記入ください。

常用雇用労働者数（A）※短時間労働者を除く		人
短時間労働者数（B）		人
算定基礎労働者数（C）【A＋B×1/2】		人
常用の障害者雇用数	重度の身体・知的障害者数（D）	人
	D 以外の身体・知的及び精神障害者数（E）	人
短時間の障害者雇用数	重度の身体・知的障害者数（F）	人
	F以外の身体・知的及び精神障害者数（G）	人
算定障害者数（H）　【D×２＋E＋F＋G＋1/2】		人
障害者雇用率　【H/C×100】（小数点以下第 3 位を四捨五入）		%

※（A）（D）（E）の常用雇用労働者とは、１週間の所定労働時間が 30 時間以上で、1 年以上継続して雇用される者（見込みを含む）

※（D）（F）の重度身体障害者は、身体障害者のうち 1 級又は 2 級の者

※（D）（F）の重度知的障害者は、「療育手帳」で、「A」とされる者、又は、「A」に相当する程度と判定された者

※精神障害者は、精神保健福祉手帳の交付を受けている者