様式第103号−2

この報告書には、短時間労働者である身体障害者、知的障害者及び精神障害者について記載してください。

障害者雇用状況等報告書（Ⅱ）

［　　短時間労働者用　　］

（正）
（事業主控）

10320

① 法人番号		
② 事業所	(ｲ) 事業所別連番	
	(ﾛ) 名称	(ﾊ) 算定基礎日　日

③ 身体障害者、知的障害者及び精神障害者

手帳の確認	関係機関の有無	つう勤時の配慮の有無	患者エレベーター有無	(ｲ) 氏名（カタカナで記載）	(ﾛ) 性別	(ﾊ) 生年月日 元号 年 月 日	(ﾆ) 手帳番号 有効期限 元号 年 月 日	(ﾎ) 身体障害者 (a)確認 (b)等級 現前	(ﾍ) 知的障害者 (a)確認 (b)程度 現前	(ﾄ) 精神障害者 (a)確認 (b)程度 現前	(ﾁ) 雇入れ年月日 元号 年 月 日	(ﾘ) 転入年月日 元号 年 月 日 転入前の事業所名等	(ﾇ) 年度内に身体障害者又は精神障害者となった年月日 元号 年 月 日	(ﾙ) 年度内等級等変更年月日 元号 年 月 日	(ﾜ) 離職年月日 元号 年 月 日	(ｦ) 転出年月日 元号 年 月 日 転出先の事業所名等
												から				へ
				(ｶ) 申告申請年月		年4月	年5月	年6月	年7月	年8月	年9月	年10月	年11月	年12月	年1月	年2月	年3月	計
				(ﾖ) 月毎の所定労働時間														
				月毎の実労働時間														
				(ﾀ) 例外対応事由														
												から				へ
				(ｶ) 申告申請年月		年4月	年5月	年6月	年7月	年8月	年9月	年10月	年11月	年12月	年1月	年2月	年3月	計
				(ﾖ) 月毎の所定労働時間														
				月毎の実労働時間														
				(ﾀ) 例外対応事由														
												から				へ
				(ｶ) 申告申請年月		年4月	年5月	年6月	年7月	年8月	年9月	年10月	年11月	年12月	年1月	年2月	年3月	計
				(ﾖ) 月毎の所定労働時間														
				月毎の実労働時間														
				(ﾀ) 例外対応事由														
												から				へ
				(ｶ) 申告申請年月		年4月	年5月	年6月	年7月	年8月	年9月	年10月	年11月	年12月	年1月	年2月	年3月	計
				(ﾖ) 月毎の所定労働時間														
				月毎の実労働時間														
				(ﾀ) 例外対応事由														

注）「①法人番号」は、左詰めで記入してください。なお、個人事業主の場合は、事業主番号（ハイフンを除いた数字のみ）を左詰めで記入してください。

（　　−　　）