

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)  
(事業主様)

10320

① 法人番号															
② 事業所	(イ) 事業所別連番														
	(ロ) 名称														
③ 身体障害者、知的障害者及び精神障害者	(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) 現前	(ヘ) 知的障害者 (a) 確認 (b) 現前	(ヒ) 精神障害者 (a) 確認 (b) 現前	(フ) 雇入れ年月日 元号 年 月 日	(ク) 転入年月日 元号 年 月 日 転入前の事業所名等	(ニ) 算定基礎日 元号 年 月 日	(カ) 年度内等級等 変更年月日 元号 年 月 日	(ケ) 離職年月日 元号 年 月 日	(コ) 転出年月日 元号 年 月 日 転出先の事業所名等		
	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
	(3) 月毎の所定労働時間														
	月毎の実労働時間														
	(7) 例外対応事由														
	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
	(3) 月毎の所定労働時間														
	月毎の実労働時間														
	(7) 例外対応事由														
	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
	(3) 月毎の所定労働時間														
	月毎の実労働時間														
	(7) 例外対応事由														
	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
	(3) 月毎の所定労働時間														
	月毎の実労働時間														
	(7) 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。