

1

年度

障害者雇用納付金申告書、障害者雇用調整金、在宅就業障害者特例調整金及び特例給付金支給申請書
(常用労働者の総数が100人を超える事業主用)

下記のとおり申告・申請します。

独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構理事長 殿

(正)
(受付窓口控)
(事業主控)

※受理年月日・番号

※整理番号

② 県コード・職安コード

① 事業主番号 []-[]-[] 年 月 日

1 ③ 申告・申請事業主 (イ) 住所 (フリガナ) (ロ) 氏名 (ハ) 氏名 (ニ) 法人番号 (ホ) 産業分類

2 ④ 障害者雇用納付金の納付額、障害者雇用調整金及び在宅就業障害者特例調整金の申請額 (A) (B) (C) (D) (E) (F) (G) (H) (I) (J) (K) (L) (M)

⑤ 特例給付金の申請額 (Q) (R) ⑥ 障害者雇用納付金の延納申請 (イ) 延納の申請 (ロ) 第1期 (ハ) 第2期 (ニ) 第3期

3 ⑦ 障害者雇用調整金、在宅就業障害者特例調整金及び特例給付金の支給先 (イ) 支給先の選択 (ロ) 口座名義人

4 ⑧ 障害者雇用納付金・障害者雇用調整金の算定内訳 (イ) 常用労働者の総数 (ロ) 法定雇用障害者数の算定の基礎となる労働者の数 (ハ) 法定雇用障害者の数 (ニ) 法定雇用障害者の数 (ホ) 身体障害者、知的障害者及び精神障害者の合計数

5 ⑨ 週労働時間が10時間以上20時間未満の雇用障害者の数 (イ) 週労働時間が10時間以上20時間未満の雇用障害者の数

社会保険労務士記載欄 作成年月日・提出代行者 氏名 電話番号

記入担当者 所属部課名・連絡先電話番号 (フリガナ) 氏名

注) 「記入上の注意」をよく読んで記入して下さい。 ※欄には記入しないでください。