様式第102号

2

# 障害者雇用状況等報告書（Ⅰ）

（正）
（受付窓口控）
（事業主控）

1 ①事業主番号

②事業所

(イ) 事業所別連番

(ロ) 事業所の区分
次のいずれかに該当する場合は、右欄に次の番号を記載してください。
1 特例子会社等の認定を受けた事業所
2 就労継続支援A型事業所
3 上記1及び2の両方に該当

(ハ) 名称

(ニ) 事業の種類

除外率の産業分類

(ホ) 所在地

(ヘ) 除外率 ／100

(ト) 算定基礎日 日

2 ③労働者の月別雇用状況

| 区分 | | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 | 合計 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| (イ) 短時間労働者以外の常用労働者数 | 1 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| (ロ) 短時間労働者数 | 2 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| (ハ) 常用労働者の総数 ((イ)＋(ロ)×0.5) | 3 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| (ニ) 法定雇用障害者数の算定の基礎となる労働者の数 ((ハ) －(ハ)×②の(ヘ)) | 4 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| (ホ)身体障害者、知的障害者及び精神障害者の数 (ヘ)短時間労働者以外の常用労働者 (a) 重度身体障害者、重度知的障害者の数 | 5 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| (ホ)身体障害者、知的障害者及び精神障害者の数 (ヘ)短時間労働者以外の常用労働者 (b) 重度以外の身体障害者、重度以外の知的障害者及び精神障害者の数 | 6 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| (ホ)身体障害者、知的障害者及び精神障害者の数 (ト)短時間労働者 (c) 重度身体障害者、重度知的障害者及び雇入又は手帳取得から3年以内の精神障害者の数 | 7 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| (ホ)身体障害者、知的障害者及び精神障害者の数 (ト)短時間労働者 (d) 重度以外の身体障害者、重度以外の知的障害者及び(c)に該当しない精神障害者の数 | 8 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| (ホ)身体障害者、知的障害者及び精神障害者の数 (f) 合計 ((a)×2＋(b)＋(c)＋(d)×0.5) | 9 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 3 (チ) **週労働時間が10時間以上20時間未満の雇用障害者の数** | 10 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |

注）「記入上の注意」をよく読んで記入して下さい。