

障害者雇用状況等報告書（Ⅰ）

(正)
(受付窓口控)
(事業主控)

① 事業主番号		[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []													
1 事業所	② (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											(ハ) 除外率	[] [] [] / 100	(ト) 算定基礎日	日
2 労働者の月別雇用状況	区分		4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	合計
	(イ) 短時間労働者以外の 常用雇用労働者数	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) 常用雇用労働者の総数 (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(ハ)	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 者以外(ハ)の短時間雇用労働者	(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
		(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
		(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
		(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
	(f) 合計 (a) × 2 + (b) + (c) + (d) × 0.5	9	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
(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。