

障害者雇用状況等報告書（Ⅰ）

(正)
(事業主控)

10200

① 法人番号		<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																									
事業所	② (イ) 事業所別連番	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td> </tr> </table>					(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	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td> </tr> </table> 100				(ト) 算定基礎日	日										
③ 労働者の月別雇用状況	区分		4年 月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1年 月	2月	3月	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) - (ロ) × ②の(ヘ)	4	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人												
	(エ) 身体障害者、知的障害者及び精神障害者の数	(ア) 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											
		(イ) 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											
		(ロ) 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											
		(ハ) 重度以外の身体障害者、重度以外の知的障害者及び(ロ)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											
	(エ) 合計 (ア)×2)+(イ)+(ロ)+(ハ)×0.5	9	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人												
(フ) 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ください。
 「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。