

障害者雇用状況等報告書（Ⅰ）

(正)
(事業主控)

10200

① 法人番号		<input type="text"/>													
事業所	② (イ) 事業所別連番	<input type="text"/>		(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	<input type="text"/>										(ニ) 事業の種類	(除) 除外率の		
	(ホ) 所在地	<input type="text"/>										(ハ) 除外率	<input type="text"/>	(ト) 算定基礎日	日
③ 労働者の月別雇用状況	区 分		4 年	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月	1 年	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(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	(ハ) 身体障害者、知的障害者及び精神障害者の数 (イ) 短時間労働者 (ロ) 短時間労働者	(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
	(イ) 短時間労働者		(カ) 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
	(ロ) 短時間労働者		(ク) 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
	(ハ) 身体障害者、知的障害者及び精神障害者の数		(ケ) 重度以外の身体障害者、重度以外の知的障害者及び(ク)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
	(イ) 合計	(イ) 合計	(イ) 合計	9	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
(ロ) 週労働時間が10時間以上20時間未満の雇用障害者の数	(ロ) 週労働時間が10時間以上20時間未満の雇用障害者の数	(ロ) 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	

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。