様式第103号−2

この報告書には、短時間労働者である身体障害者、知的障害者及び精神障害者について記載してください。

障害者雇用状況等報告書（Ⅱ）

［　短時間労働者用　］

（正）
（事業主控）

10320

① 法人番号		
② 事業所	(イ) 事業所別連番	
	(ロ) 名称	(ハ) 算定基礎日　日

③ 身体障害者、知的障害者及び精神障害者

手帳の確認	短時間労働者（1週の所定労働時間が20時間以上30時間未満）の雇入れ	重複エラー有無	(イ) 氏名（カタカナで記載）	(ロ) 性別	(ハ) 生年月日	(ニ) 手帳番号	(ホ) 身体障害者 (a)確認 (b)等級	(ヘ) 知的障害者 (a)確認 (b)程度	(ト) 精神障害者 (a)確認 (b)程度	(チ) 雇入れ年月日	(リ) 転入年月日	(ヌ) 身体障害者、知的障害者又は精神障害者となった年月日	(ル) 年度内等級等変更年月日	(ヲ) 離職年月日	(ワ) 転出年月日
					元号 年 月 日	有効期限 元号 年 月 日	現 前	現 前	現 前	現 前 元号 年 月 日	元号 年 月 日 転入前の事業所名等	元号 年 月 日	現 前 元号 年 月 日	現 前 元号 年 月 日	元号 年 月 日 転出先の事業所名等
	(ヨ)	申告申請年月	年4月	年5月	年6月	年7月	年8月	年9月	年10月	年11月	年12月	年1月	年2月	年3月	計
		月毎の所定労働時間													
		月毎の実労働時間													
	(ヲ)	例外対応事由													
	(ヨ)	申告申請年月	年4月	年5月	年6月	年7月	年8月	年9月	年10月	年11月	年12月	年1月	年2月	年3月	計
		月毎の所定労働時間													
		月毎の実労働時間													
	(ヲ)	例外対応事由													
	(ヨ)	申告申請年月	年4月	年5月	年6月	年7月	年8月	年9月	年10月	年11月	年12月	年1月	年2月	年3月	計
		月毎の所定労働時間													
		月毎の実労働時間													
	(ヲ)	例外対応事由													
	(ヨ)	申告申請年月	年4月	年5月	年6月	年7月	年8月	年9月	年10月	年11月	年12月	年1月	年2月	年3月	計
		月毎の所定労働時間													
		月毎の実労働時間													
	(ヲ)	例外対応事由													
	(ヨ)	申告申請年月	年4月	年5月	年6月	年7月	年8月	年9月	年10月	年11月	年12月	年1月	年2月	年3月	計
		月毎の所定労働時間													
		月毎の実労働時間													
	(ヲ)	例外対応事由													

注）「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。

（　　−　　）