様式第103号−3

この報告書には、週労働時間が10時間以上20時間未満の雇用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）

［　　特定短時間労働者用　　］

（正）
（事業主控）

10330

① 法人番号		
② 事業所 (イ) 事業所別連番		
② 事業所 (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（一）	短時間労働者（一週間の所定労働時間が20時間以上30時間未満の者）	電算エラー有無	(イ) 氏名（カタカナで記載）	(ロ) 性別	(ハ) 生年月日 元号 年 月 日	(ニ) 手帳番号 有効期限 元号 年 月 日	(ホ) 身体障害者 (a) 確認	(ヘ) 知的障害者 (a) 確認	(ト) 精神障害者 (a) 確認	(チ) 雇入れ年月日 元号 年 月 日	(リ) 転入年月日 元号 年 月 日 転入前の事業所名等	(ヌ) 年度内に身体障害者又は精神障害者となった年月日 元号 年 月 日	(ル) 年度内等級等変更年月日 元号 年 月 日	(ヲ) 離職年月日 元号 年 月 日	(ワ) 転出年月日 元号 年 月 日 転出先の事業所名等
											から				へ
			(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
			(ヨ) 月毎の所定労働時間														
			月毎の実労働時間														
			(ソ) 例外対応事由														
											から				へ
			(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
			(ヨ) 月毎の所定労働時間														
			月毎の実労働時間														
			(ソ) 例外対応事由														
											から				へ
			(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
			(ヨ) 月毎の所定労働時間														
			月毎の実労働時間														
			(ソ) 例外対応事由														
											から				へ
			(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
			(ヨ) 月毎の所定労働時間														
			月毎の実労働時間														
			(ソ) 例外対応事由														
											から				へ
			(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
			(ヨ) 月毎の所定労働時間														
			月毎の実労働時間														
			(ソ) 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。

（　　−　　）