

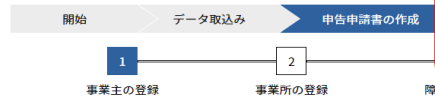
被合併法人（合併により廃止した法人）分の申告申請書を入力する方法

「事業主の登録」については、次の情報を各項目に入力ください。

- ・赤枠の項目・・・合併法人（合併後存続する法人等）の情報
- ・その他の項目・・・被合併法人（合併により廃止した法人）の情報

障害者雇用納付金 電子申告申請システム

事業主の登録



- ・申告申請する事業主の名称、住所等の基本情報を入力してください。
- ・ブラウザを閉じた場合は、入力したデータが消えてしまいますので、保存ボタンを押下してxmlファイルを保存してください。

事業主情報

法人番号 **必須** 法人番号なし ?
半角数字13桁
※商業登記簿の会社法人番号(12桁)のみ把握されている方、法人番号が不明な方は国税庁の法人番号公表サイトで確認してください。

都道府県 **必須**

職安コード **必須** ?

名称(フリガナ) **必須**
50文字以内

名称(漢字) **必須**
40文字以内

郵便番号 **必須** -
半角3-4桁

住所 **必須** ?
70文字以内

代表者の役職 **必須** ?
25文字以内

代表者氏名 **必須** ?
40文字以内
※名字と名前の間は全角スペースを入れてください

産業中分類番号 **必須** ?
半角数字2桁以内

主たる事業の内容 **必須** ?
60文字以内

廃止の日（吸収合併の場合はその発生日）から、**45日以内**にご提出ください。
※年度中途に廃止した場合は、合併会社のある各都道府県申告申請窓口にて申告申請書（QRコード）と添付書類（必要な場合）を郵送または持参にてご提出ください。

合併法人のあとに、
()で被合併法人の名称を入力ください。

Copyright (c) Japan Organization for Employment of the Elderly, Persons with Disabilities and Job Seekers. All Rights Reserved.

戻る

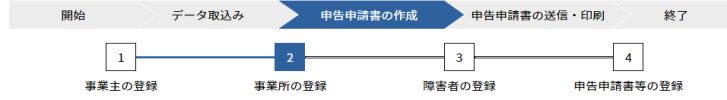
クリア

保存

次へ

事業所の登録について

事業所の追加・修正



- ・事業所情報及び申告申請対象年度の各月における常用雇用労働者数を入力してください。
- ・ブラウザを閉じた場合は、入力したデータが消えてしまいますので、保存ボタンを押下してxmlファイルを保存してください。

事業所情報

事業所別連番 **必須**
半角数字3桁以内

名称 **必須**
80文字以内

事業所の区分 以下の事業所に該当する場合のみチェックを付けてください
 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

除外率 ?
 あり なし

所在地 **必須**
70文字以内

算定基礎日 **必須** ?
半角数字2桁以内

算定基礎日変更 ?
 あり なし

記入説明書のP.52、P.54の表に基づき、申告申請の対象となる月に常用雇用労働者数を入力ください。申告申請の対象となる月より後の月については、「0」を入力ください。

常用雇用労働者数 注:ここでは障害者の人数も含めた常用雇用労働者の総人数を入力してください。特

短時間労働者 以外の常用雇用 労働者数 必須 <small>半角数字6桁以内</small> <small>?</small>	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
	123,456	123,456	123,456	123,456	123,456	123,456	123,456	123,456	123,456	123,456	123,456	123,456	0
短時間労働者数 必須 <small>半角数字6桁以内</small> <small>?</small>	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
	123,456	123,456	123,456	123,456	123,456	123,456	123,456	123,456	123,456	123,456	123,456	123,456	0

※便利な機能の紹介 (デフォルト値反映)
 ここで所定労働時間を入力することで、障害者の登録の際に所定労働時間に転記することができます。

短時間労働者以外の 所定労働時間 <small>半角数字3桁以内</small>	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
	123	123	123	123	123	123	123	123	123	123	123	123	0
短時間労働者 所定労働時間 <small>半角数字3桁以内</small>	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
	123	123	123	123	123	123	123	123	123	123	123	123	0
特定短時間労働者 所定労働時間 <small>半角数字3桁以内</small>	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
	123	123	123	123	123	123	123	123	123	123	123	123	0

一覧へ戻る

クリア

確定

新規追加

保存

障害者情報の登録について

障害者の追加・修正



- ・報告書1の事業所別連番(事業所の登録で入力した事業所)ごとに、申告申請対象年度に雇用していた障害者の情報を入力してください。
- ・ブラウザを閉じた場合は、入力したデータが消えてしまいますので、保存ボタンを押下してxmlファイルを保存してください。

障害者情報

No. 1

事業所の選択 **必須**

雇用区分 **必須**

姓(フリガナ) **必須** 30文字以内

名(フリガナ) **必須** 30文字以内

性別 **必須**

生年月日 **必須** 年 月 日 半角数字2-2-2桁以内

障害者確認 **①** 身体障害者 知的障害者 精神障害者

確認記号(身体) 現等級

確認記号(知的) 現程度

確認記号(精神) 現程度

障害者の確認書類 **①** 新規・更新のため要提出 **①** 提出不要 **①**

雇入年月日 **必須** **①** 年 月 日 半角数字2-2-2桁以内

年度内雇入年月日 **①** 年 月 日 半角数字2-2-2桁以内

年度内等級変更日 **①** 年 月 日 半角数字2-2-2桁以内

年度内雇職年月日 **①** 年 月 日 半角数字2-2-2桁以内

年度内転入出 **①** あり なし

年度内転入年月日 **①** 年 月 日 半角数字2-2-2桁以内

転入前の事業所名等 **①**

年度内転出年月日 **①** 年 月 日 半角数字2-2-2桁以内

転出先の事業所名等 **①**

所定労働時間変動 **①** あり なし

実労働時間(月平均)

※下記労働時間を入力すると月の平均値が自動計算されます。

所定労働時間 **必須**

※ボタンを押下すると事業所の追加・修正画面で入力した所定労働時間が設定されます。

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	0

実労働時間 **必須**

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

参考(個人別カウント) ※障害者のカウントが表示されます

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

年度内転入出「あり」を選択

年度内転出日に事業を廃止した日(吸収合併による廃止の場合は、その事実が発生した日)の前月の末日を入力

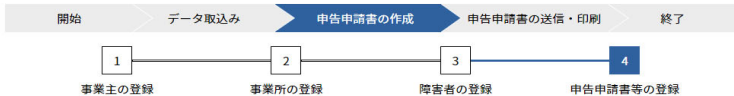
「廃止」と入力

記入説明書のP.52、P.54の表に基づいた申告申請の対象となる月まで各労働時間数を、それより後の月は「0」を入力ください。

一覧へ戻る **クリア** **確定** 新規追加 **保存**

納付金に該当する場合

申告申請額の確認・追加情報の登録



申告申請情報

入力内容を計算した結果、申告申請種別は **納付金** に該当します。

作成日を入力ください。

申告申請年月日 **必須** (?) 年 月 日

半角数字2-2桁以内

納付金・調整金	(C)納付額	1,000,000
	(D)在宅就業障害者特例調整金申請額	0
	(G)障害者雇用調整金申請額及び障害者特例調整金申請額	0

吸収合併により廃止した場合は、**合併法人（合併後存続する法人等）**の情報を入力ください。

記入担当者

所属部署名 **必須** 40文字以内

氏名(フリガナ) **必須** 姓8文字,名8文字以内

氏名(漢字) **必須** 姓8文字,名8文字以内

電話番号 **必須** 半角数字4-4桁以内 - -

社会保険労務士記載欄

記載事項 あり なし

返還

返還の申し出 (?)

在宅就業契約情報

年間の在宅就業障害者への支払い総額
半角数字9桁以内

戻る

在宅就業契約の登録

確定

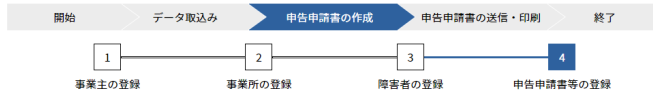
保存

申告申請窓口へ送付

電子申告申請により送信

支給金が含まれる場合

申告申請額の確認・追加情報の登録



申告申請情報

入力内容を計算した結果、申告申請種別は **調整金** に該当します。

作成日を入力ください。

申告申請年月日 **必須** ① 年 月 日

半角数字2-2桁以内

納付金・調整金

(C)納付額

(D)在宅就業障害者特別調整金申請額

(G)障害者雇用調整金申請額及び
障害者特別調整金申請額

障害者雇用調整金等を申請しない

吸収合併により廃止した場合は、**合併法人（合併後存続する法人等）の情報を**入力ください。

記入担当者

所属部署名 **必須**

40文字以内

氏名(フリガナ) **必須**

姓8文字,名8文字以内

氏名(漢字) **必須**

姓8文字,名8文字以内

電話番号 **必須**

半角数字4-4桁以内

- -

社会保険労務士記載欄

記載事項

あり なし

返還

返還の申し出 ①

在宅就業契約情報

年間の在宅就業障害者への
支払い総額

半角数字9桁以内

吸収合併により廃止した場合は、**合併法人（合併後存続する法人等）の口座を**入力ください。

支給先

分割支給 ①

あり なし

金融機関名 **必須**

20文字以内

本店 支店(その他)

金融機関コード **必須**

半角数字4桁

支店コード **必須**

半角数字3桁

預金種目 **必須**

口座番号 **必須**

半角数字7桁

口座名義(フリガナ) **必須**

70文字以内



【口座名義(フリガナ)の記入について】

- ・全て半角カナ大文字で入力してください。小文字は入力しないでください。
- ・長音"ー"、中点"."は使用できません。ハイフン"-"、ピリオド"."を入力してください。

口座名義(漢字) **必須**

40文字以内