

窓口	申請した内容を「〇」で囲みます。
調整金(300人以下)	
報奨金	
特別給付金	
(納付金を伴うものを含む)	

令和7年度障害者雇用調整金・報奨金・特例給付金に係る添付書類送付状

窓口	申請した内容を「〇」で囲みます。
報奨金	
特別給付金	

令和7年度

特例給付金

独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構 納付金部長 殿
(複数可) 調整金または報奨金とあわせて特例給付金を申請する
場合は、両方に〇を付してください。

の申請については令和7年4月10日に電子申請しましたが、その添付書類について下記のとおり提出します。
※該当する申請区分に〇を付すこと

記入例

- 1 法人番号又は事業主番号 1234567890123
- 2 添付書類の内容(報告書(Ⅱ)に記載した下記の労働者に係る障害者手帳等(写)及び源泉徴収票等(写))

No.	氏名	確認書類送付枚数 障害者手帳等(写)	確認書類送付枚数 源泉徴収票等(写)	氏名	No.	氏名	確認書類送付枚数 障害者手帳等(写)	確認書類送付枚数 源泉徴収票等(写)	氏名	No.	氏名	確認書類送付枚数 障害者手帳等(写)	確認書類送付枚数 源泉徴収票等(写)	窓口	チェック欄	
1	ノクキンタロウ	1枚	1枚	記入の必要はありません。	16					31					枚	
2	コウジンコウタロウ	1枚	1枚		17					32					枚	
3	カガシンチロウ	1枚	1枚		18					33					枚	
4	エイノクシスカ	2枚	1枚		19					34					枚	
5	タケシバ・ジロウ	0枚	1枚		20					35					枚	
6	ヨウタロウ	0枚	1枚		21					36					枚	
7	ミナトハナコ	0枚	1枚		22					37					枚	
8		枚	枚		23					38					枚	
9		枚	枚		24					39					枚	
10		枚	枚		25					40					枚	
11		枚	枚		26					41					枚	
12		枚	枚		27					42					枚	
13		枚	枚		28					43					枚	
14		枚	枚		29					44					枚	
15		枚	枚		30					45					枚	

※ 添付書類は報告書(Ⅱ)の記載順に編纂していただきまますようご協力をお願いします。なお、「確認書類送付枚数」欄に枚数を記入することにより、添付漏れのないように確認願います。

3 連絡事項等(事業主用)
イントラシスカ:精神障害者保健福祉手帳の年度内更新があつたため、更新前の手帳(写)を添付します。

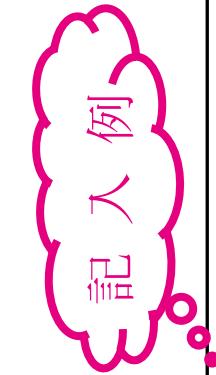
4 連絡事項等(各都道府県申告申請窓口用)
窓口の必要はありません。

窓口確認者 記入の必要はありません。

※電子申告申請後、添付書類を送付又は持参により提出する場合は本様式を必ず添付してください。(P63 参照)

※本様式は当機構ホームページ(障害者の雇用支援)障害者雇用納付金>申告申請書類の様式、各種届出用紙のダウンロード)からダウンロードできます。電子申告申請をした事業主が障害者手帳(写)、源泉徴収票(写)を各都道府県申告申請窓口に郵送又は持参される場合は、必ず本様式に記入のうえご提出ください。

吸収合併、相続、廃止等届



独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構
理事長 殿

下記事項について届けます。

【注意】

提出先は各都道府県申告申請窓口です。

令和7年9月1日

※ 受理印

記入の必要はありません。

法 人 番 号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3			発生年月日	令和7年9月1日		
理 由	吸収合併	相続	廃止	常 用 雇 用	(令和7年8月860人)		
住 所	〒 261-0014 千葉県千葉市美浜区若葉3-1-3			労 働 者 数	(上記発生日の前日の人数を記入)		
名 称	(マクハリケンセツカブシキガイシャ 暮張建設株式会社)			申告申請状況	(直近の申告申請状況を記入) 申告状況 (令和7年度) 申告 (マクハリケンセツカブシキガイシャ 暮張建設株式会社) 担当部署 (総務部人事課) 担当者名 (海浜 次郎) 電話番号 (043-123-4567)		
代 表 者 の役職 代 表 者 名	代表取締役社長 暮張 太郎			記入担当者	記入担当者 (記入欄に記入) 直筆署名や代表者印は不要です。		
※都道府県名 コード番号							

記入の必要はありません。

(注) 1 この届は、事業を廃止した場合、合併、分割（事業の全部を承継した場合のみ）、相続、事業の全部の譲り受けがあつた場合に届け出でください。
2 該当個所を○で囲み、記載すべき事項のない欄は、空欄のままとします。

3 理由欄は、2つの事業主が1つの事業主となり、片方の事業主が廃止となる場合は、「吸収合併」を選択してください。
個人である事業主が事業の全部を相続した場合は、「相続」を選択してください。
事業を廃止した場合、分割により事業の全部を承継させた場合（分割元である場合）、事業の全部を譲渡した場合は、「廃止」を選択してください。

4 ※印欄は記入の必要はありません。
5 個人事業主の場合は、「法人番号」欄に、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。
6 「廃止」を選択した場合は、「法人番号」欄に、「被吸収合併企業・被相続人の情報」欄の記載は不要です。

【例】令和7年9月1日付けでA企業（幕張建設株式会社）がB企業（竹芝ビル株式会社）を吸収合併した場合

被吸収合併企業・被相続人の情報

都道府県名	(東京)	法人番号	1 3 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1	常用雇用労働者数 (発生日の前日の人数)	(150 人)
住所	〒 123-4567 東京都港区竹芝1-1-1			申告・申請状況 (直近の申告申請状況)	(令和7年度)
事業主名称	(フリガナ) タケシハビルカブシキガイシャ	代表者の役職 代表者氏名	代表取締役 雇用 三郎	申告 申告申請 対象外	
都道府県名	()	法人番号	□□□□□□□□□□	常用雇用労働者数 (発生日の前日の人数)	(人)
住所	(フリガナ) 事業主名称	代表者の役職 代表者氏名	〒 —	申告・申請状況 (直近の申告申請状況)	(年度)

1 被吸収合併企業・被相続人の情報を記入してください。個人事業主の場合は、「法人番号」欄に、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。

2 なお、記入欄が不足する場合には写しをとり記入してください。

3 発生日の前日の常用雇用労働者数、直近の申告申請状況等を記入してください。

記入方法

- (1) 吸収の場合（A企業がB、C企業を吸収）
 - A企業（存続）が、被吸収合併企業の情報としてB及びC企業（廃止）について記入します。
 - 合併（事業の譲受を含む。）の場合（A企業+B企業=C企業）C企業（新規設立）が、関係する企業の状況としてA及びB企業（廃止）について記入します。

住所、名称等変更届

独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構
長
理

記入例

住所、名称等変更届は、電子申告申請システムでも提出することができます。書面での提出をご希望の場合は、本様式を当機構ホームページ（障害者の雇用支援>障害者雇用納付金>申告申請書類の様式、各種届出用紙のダウンロード）からダウンロードして作成のうえ、各都道府県申告申請窓口に郵送又は持参してください。

※ 受理印	
記入欄は記入の必要はありません。	
住所 法人のときは主たる事務所の所在地	千葉県千葉市美浜区若葉3-1-3
名称 代表者の役職 代表者名	幕張建設株式会社 代表取締役社長 幕張 太郎
法 人 番 号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3
事 項	変 更 後 (新)
住 所 法人のときは主たる事務所の所在地	〒 261 - 0014 千葉県千葉市美浜区若葉3-1-3 担当者連絡先 電話番号 043-123-4567
代 表 者 名 コード番号	(マクハリケンセツカブシキガイシャ 幕張建設株式会社) 担当者連絡先 電話番号 03-9876-4567
※ 都道府県名 コード番号	都道府県名 所在県コード 職安コード 整理番号 東京都墨田区江東橋123456-7
※ 備 考	平成(御)・詞・報・利刃) 又姓氏三省氏右

記入欄は記入の必要はありません。

注1) 住所、名称、氏名、電話番号、郵便番号等に変更があった場合に届け出してください。

注2) ※印欄は記入の必要はありません。

注3) 住所等の変更を反映させた申告申請書をご提出いただく場合は、この変更届の提出は必要ありません。

注4) 「法人番号」欄は、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。

本様式は当機構ホームページ(障害者の雇用支援>障害者雇用納付金>申告申請書類の様式、各種届出用紙のダウンロード)からダウンロードして作成のうえ、各都道府県申告申請窓口に郵送又は持参してください。

様式第14号-2

※1

郵便番号

□	□	□	—	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---

住 所

← 枠からはみ出さないよう記載
(ゴム印等可) してください。

法人名称

及び

担当部署名

ご担当者様

← 個人情報漏えい防止のために
個人名を記入しないで下さい。
社会保険労務士による事務代理
者等宛の場合は、申告申請事業
主名も記載してください。

申告申請

事業主名

[]

← 申告申請事業
主名も記載してください。

受理日確認印を希望する事業主の皆様へ

「障害者雇用納付金申告書、障害者雇用調整金、在宅就業障害者特例調整金及び特例給付金支給申請書」、「報奨金、在宅就業障害者特例報奨金及び特例給付金支給申請書」または「特例給付金支給申請書」等の提出後、当機構支部における受理日（受理印）の確認を希望される場合は、左上（※1）に返送先住所等を記載いただぐとともに、下記（※2）の今回提出される書類名にレ点を付し、申告申請書等の提出と併せて提出してください。後日、受理印を押印し本様式を返送いたします。（返信用封筒は不要です。）

なお、点検・審査により、後日、内容確認のため当機構支部職員からご連絡させていただくことがあります。

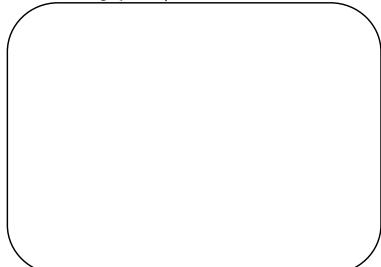
事業主殿

※2 提出書類名(いずれかにレ点を付してください。)

- 令和7年度 障害者雇用納付金申告書、障害者雇用調整金・在宅就業障害者特例調整金
・特例給付金支給申請書
- 令和7年度 報奨金・在宅就業障害者特例報奨金・特例給付金支給申請書
- 令和7年度 特例給付金支給申請書
- その他（書類名： ）

提出いただいた申告申請書は、下記支部及び日付けで受理しました。

窓口受理印



独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構

本様式は当機構ホームページ(障害者の雇用支援>障害者雇用納付金>申告申請書類の様式、各種届出用紙のダウンロード)からダウンロードできます。

常用雇用労働者総数報告書

照会のあった常用雇用労働者の総数について、下記のとおり報告します。

令和 年 月 日

所在地・電話番号

事業主名

代表者名

法人番号（個人事業主の場合は不要）

担当者所属氏名（記名のみ）

[令和 年度雇用状況] (単位：人)

月 常用雇用 労働者	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
短時間労働者以外の 常用雇用労働者数 (①)												
短時間労働者数												
合計 (①+②×0.5)												

[令和 年度雇用状況] (単位：人)

月 常用雇用 労働者	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
短時間労働者以外の 常用雇用労働者数 (①)												
短時間労働者数 (②)												
合計 (①+②×0.5)												

- ※ 上記表の記載内容等について、後日、当機構が行う調査の対象となることがあります。
- ※ 合計欄は、①欄の短時間労働者以外の常用雇用労働者数に②欄の短時間労働者（週所定労働時間20時間以上30時間未満）1人を0.5カウントした数を加えた数を記入してください。
- ※ 合計欄に示された時点で100人を超える月が5か月以上ある場合（年度の中途で事業を開始した場合、年度の中途で事業を廃止した場合はP57～61参照）には、申告申請義務がありますので、申告申請書を期限までに提出していただくことが必要となります。
なお、当報告書は申告申請義務の有無に関わらず各都道府県申告申請窓口へご提出ください。

本様式は当機構ホームページ(障害者の雇用支援>障害者雇用納付金>申告申請書類の様式、各種届出用紙のダウンロード)からダウンロードできます。

常用雇用労働者の内訳整理表(総括表 ・ 事業所別連番No.)

事業主名称

<各月 日現在>
(算定基礎日)

(令和 7 年度 申告(申請)用)

区分	年月 令和 6年 4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	令和 7年 1月	2月	3月	計
I 短時間以外の常用雇用労働者(週の所定労働時間30時間以上)													
① 雇用(契約)期間の定めがなく雇用されている労働者	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
② 一定の期間を定めて雇用されている労働者	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
③ 週の所定労働時間が30時間以上のパートタイム労働者	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
④ 役員を兼務している労働者	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
⑤ 外務員である労働者	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
⑥ 出向労働者	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
⑦ 海外勤務労働者	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
⑧ 外国人労働者	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
⑨ 労働者派遣事業における常用型の派遣労働者(派遣元)	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
⑩ 在宅勤務者	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
⑪ 休職中の労働者	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
⑫ 労働者派遣事業における登録型の派遣労働者の常用雇用労働者(派遣元)	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
⑬ 障害者雇用納付金制度に係る短時間以外の常用雇用労働者(①～⑫の計)	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人

II 短時間労働者(週の所定労働時間20時間以上30時間未満)

①' 雇用(契約)期間の定めがなく雇用されている労働者	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
②' 一定の期間を定めて雇用されている労働者	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
③' 週の所定労働時間が20時間以上30時間未満のパートタイム労働者	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
④' 役員を兼務している労働者	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
⑤' 外務員である労働者	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
⑥' 出向労働者	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
⑦' 海外勤務労働者	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
⑧' 外国人労働者	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
⑨' 労働者派遣事業における常用型の派遣労働者(派遣元)	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
⑩' 在宅勤務者	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
⑪' 休職中の労働者	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
⑫' 労働者派遣事業における登録型の派遣労働者の常用雇用労働者(派遣元)	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
⑬' 障害者雇用納付金制度に係る短時間労働者(①'～⑫'の計)	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人

III 上記以外の者	⑯ 役員(専任役員、相談役、顧問等)で、雇用保険の被保険者でない者)	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
	⑰ その他、週の所定労働時間20時間未満の労働者等	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
	⑱ 従業員計	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人

- (注意) 1. この表の⑬の数(①'～⑫'の計)が、「障害者雇用状況等報告書(I)」の③の(イ)「短時間労働者以外の常用雇用労働者数」欄の各月の数となります。
ただし、雇用障害者の総数の把握において、週(月)所定労働時間による雇用区分とは異なる雇用区分と判断された障害者がいる場合は、各月ごとの総数を修正してください。
2. この表の⑬'の数(①'～⑫'の計)が、「障害者雇用状況等報告書(I)」の③の(ロ)「短時間労働者数」欄の各月の数となります。
ただし、雇用障害者の総数の把握において、週(月)所定労働時間による雇用区分とは異なる雇用区分と判断された障害者がいる場合は、各月ごとの総数を修正してください。
3. 上記①'～⑫'のうち、複数の項目に該当する労働者がいる場合は、いずれか一つの項目(ただし③～⑫'を優先)に計上してください。
4. 複数の事業所があり、事業所ごとにこの表を作成し集計する必要がある場合には、コピーして使用してください。
5. この表は、申告申請書類として当機構へ提出していただく書類ではありません。

給与支払額報告書

令和 年度障害者雇用調整金・報奨金・特例給付金の申請について、給与支払額等について下記のとおり報告します。

令和 年 月 日

独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構 納付金部長 殿

事業主名 _____

記

給与支払額（障害者雇用状況等報告書（Ⅱ）の記載順）

No.	氏 名	給与支払額(円)(※)												合計
		年4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	年1月	2月	3月	
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														

※ 月毎に支給された給与の合計額（手取り額ではありません。また、通勤手当・賞与等は含みません。）

№	氏名	給与支払額(円)(※)												合計
		年4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	年1月	2月	3月	
16														
17														
18														
19														
20														
21														
22														
23														
24														
25														
26														
27														
28														
29														
30														
31														
32														
33														
34														
35														
36														
37														
38														
39														
40														

※ 月毎に支給された給与の合計額(手取り額ではありません。また、通勤手当・賞与等は含みません。)