

令和6年度 申告申請書イメージ (常用労働者の総数100人超対象)

資料Ⅱ

様式イメージA

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

様式イメージB

障害者雇用状況等報告書(Ⅰ)

様式イメージC

障害者雇用状況等報告書(Ⅱ)

C-1 [短時間労働者以外の常用雇用障害者用]

C-2 [短時間労働者用]

C-3 [週労働時間が10時間以上20時間未満の雇用障害者用]

納付金申告申請システム
出カイメージ

紙で提出する場合のQRコード様式

※「QRコード」は、株式会社デンソーウェブの登録商標です。

令和 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及び特例給付金支給申請書 (常用雇用労働者の総数が100人を超える事業主用)

下記のとおり申告・申請します。 独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構理事長 殿

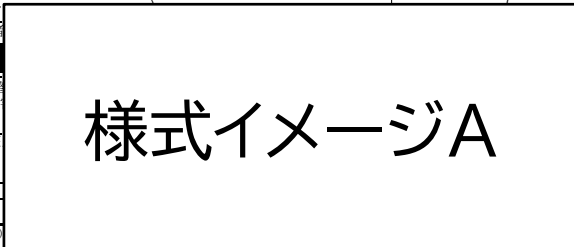
(正) (事業主控)

※受理年月日・番号

10100

※整理番号

Form with multiple sections: ① 法人番号, ② 住所, ③ 申告申請事業主 (フリガナ, 氏名, 代表者の役職, 氏名, 産業分類), ④ 障害者雇用納付金の納付額, ⑤ 特例給付金の申請額, ⑥ 障害者雇用納付金の延納日, ⑦ 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の支給先, ⑧ 障害者雇用調整金の算定内訳表 (Table with columns for months 4-12 and total), ⑨ 社会保険労務士記載欄.



計算結果をご確認ください (Please confirm the calculation results)

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。

障害者雇用状況等報告書（Ⅰ）

(正)
(事業主控)

10200

① 法人番号		[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []														
② 事業所	(イ) 事業所別連番	[] [] []		(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										(ニ) 事業の種類	()		除外率の 産 業 分 類		
	(ホ) 所在地										(ヘ) 除外率	[] [] []	(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	
	(ハ) 常用雇用労働者の総数 (イ)+(ロ)×0.5	3	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	
	(ヘ) 身体障害者、知的障害者及び精神障害者の数															
	(ア) 重度身体障害者、重度知的障害者の数	5	人	人								人	人	人	人	
	(イ) 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	
	(ロ) 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	人	人	
	(ハ) 重度以外の身体障害者、重度以外の知的障害者及び(ロ)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	人	人	
(イ) 合 計 (ア)×2)+(イ)+(ロ)×0.5	9	人	人	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	10	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人		

様式イメージB

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。

見出しの表記で
各障害者の雇用
区分がまします

障害者雇用状況等報告書(Ⅱ)
短時間労働者以外の常用雇用労働者用

(正)
(事業主控)

10310

① 法人番号		[]																																							
② 事業所	(イ) 事業所別連番	[]										(ロ) 算定基礎日	日																												
	(ロ) 名称	[]										(ハ) 年度内に身体障害者又は精神障害者となった年月日																													
③ 身体障害者、知的障害者及び精神障害者	(イ) 氏名 (カタカナで記載)	(ロ) 性別	(ハ) 生年月日		(ニ) 手帳番号		(ヒ) 身体障害者		(ヘ) 知的障害者		(ト) 精神障害者		(チ) 雇入れ年月日		(リ) 転入年月日		(ニ) 年度内に身体障害者又は精神障害者となった年月日		(ホ) 年度内等級等変更年月日		(ヘ) 離職年月日		(コ) 転出年月日																		
			元号	年	月	日	有効期限	元号	年	月	日	(ア) 確認	(イ) 現前	(ア) 確認	(イ) 現前	(ア) 確認	(イ) 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	元号	年	月	日	元号	年	月	日	元号	年	月
	(ウ) 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																											
	(エ) 月毎の所定労働時間																																								
	(エ) 月毎の実労働時間																																								
	(ロ) 例外対応事由																																								
	(ウ) 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																											
	(エ) 月毎の所定労働時間																																								
	(エ) 月毎の実労働時間																																								
	(ロ) 例外対応事由																																								
(ウ) 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																												
(エ) 月毎の所定労働時間																																									
(エ) 月毎の実労働時間																																									
(ロ) 例外対応事由																																									
(ウ) 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																												
(エ) 月毎の所定労働時間																																									
(エ) 月毎の実労働時間																																									
(ロ) 例外対応事由																																									

様式イメージC-1

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。

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 〕

見出しの表記で
各障害者の雇用
区分がまぎります

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	[] [] [] [] [] [] [] []														
③ 身体障害者、知的障害者及び精神障害者	(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		(ヘ) 知的障害者		(ト) 精神障害者		(チ) 雇入れ年月日		(リ) 転入年月日		(ニ) 身体障害者、知的障害者又は精神障害者となった年月日		(ホ) 年度内等級等変更年月日		(ニ) 離職年月日		(ロ) 転出年月日				
			元号 年 月 日	元号 年 月 日	元号 年 月 日	元号 年 月 日	元号 年 月 日	元号 年 月 日	元号 年 月 日	元号 年 月 日	元号 年 月 日	元号 年 月 日	元号 年 月 日	元号 年 月 日	元号 年 月 日	元号 年 月 日	元号 年 月 日	元号 年 月 日	元号 年 月 日	元号 年 月 日	元号 年 月 日	元号 年 月 日	元号 年 月 日	元号 年 月 日	元号 年 月 日	元号 年 月 日	元号 年 月 日
	(イ) 氏名	(ロ) 性別	(ハ) 生年月日	(ニ) 手帳番号	(ホ) 身体障害者	(ヘ) 知的障害者	(ト) 精神障害者	(チ) 雇入れ年月日	(リ) 転入年月日	(ニ) 身体障害者、知的障害者又は精神障害者となった年月日	(ホ) 年度内等級等変更年月日	(ニ) 離職年月日	(ロ) 転出年月日														
	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []													[] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] []	
	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []													[] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] []	
	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []													[] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] []	
	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []													[] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] []	
	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []													[] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] []	
	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []													[] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] []	

様式イメージC-2

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。

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]

見出しの表記で
各障害者の雇用
区分がまります

10330

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	(イ) 氏名 (カタカナで記載)	(ロ) 性別	(ハ) 生年月日			(ニ) 手帳番号			(シ) 身体障害者	(ス) 知的障害者	(テ) 精神障害者	(チ) 雇入れ年月日			(リ) 転入年月日			(ヘ) 算定基礎日	日	(ホ) 年度内等級等 変更年月日		(ニ) 離職年月日	(ヒ) 転出年月日					
			元号 年 月 日	元号 年 月 日	元号 年 月 日	元号 年 月 日	元号 年 月 日	元号 年 月 日	元号 年 月 日	元号 年 月 日	元号 年 月 日	元号 年 月 日	元号 年 月 日	元号 年 月 日	元号 年 月 日	元号 年 月 日	元号 年 月 日	元号 年 月 日	元号 年 月 日	元号 年 月 日	元号 年 月 日	元号 年 月 日	元号 年 月 日	元号 年 月 日	元号 年 月 日	元号 年 月 日	元号 年 月 日	
	(ウ) 手帳の 種別	(エ) 障害 認定 年月日	(オ) 障害 認定 年月日	(カ) 障害 認定 年月日	(キ) 障害 認定 年月日	(ク) 障害 認定 年月日	(ケ) 障害 認定 年月日	(コ) 障害 認定 年月日	(カ) 事業所名等	(キ) 事業所名等	(ク) 事業所名等	(ケ) 事業所名等	(コ) 事業所名等	(カ) 事業所名等	(キ) 事業所名等	(ク) 事業所名等	(ケ) 事業所名等	(コ) 事業所名等	(カ) 事業所名等	(キ) 事業所名等	(ク) 事業所名等	(ケ) 事業所名等	(コ) 事業所名等	(カ) 事業所名等	(キ) 事業所名等	(ク) 事業所名等	(ケ) 事業所名等	(コ) 事業所名等
	(イ) 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														
	(ロ) 月毎の所定労働時間																											
	(ハ) 月毎の実労働時間																											
	(ニ) 例外対応事由																											
	(イ) 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														
	(ロ) 月毎の所定労働時間																											
	(ハ) 月毎の実労働時間																											
(ニ) 例外対応事由																												
(イ) 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															
(ロ) 月毎の所定労働時間																												
(ハ) 月毎の実労働時間																												
(ニ) 例外対応事由																												

様式イメージC-3

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。


紙で提出する場合のQRコード様式

【機構提出用】本紙のみご提出ください。
 第101号 - 第103号-3
 令和5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及び特例給付金支給申請書
 下記のとおり申告申請します。
 独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構理事長殿

99900

作成年月日: 令和5年4月10日

法人番号	8 0 4 0 0 0 5 0 1 6 9 4 7	代表者の役職	氏名
(フリガナ)	(コウセイシヨウガイキョウシヨクシヤコヨウシエンキコウ)	代表取締役社長	代表 太郎
申告申請 事業主名称	独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構	納付額:	400,000 円
第101号		特例調整金:	0 円
		調整金及び 特例調整金:	0 円
		特例給付金:	28,000 円



納付金申告申請システム 出カイメッセージ

社会保険 労務士 記載欄 作成年月日・提出代行者 事務代理者の表示 令和5年4月7日 氏名 社労士花子 電話番号 090-1111-1111	記入 担当者 所属部署名・ 連絡先電話番号 総務部 0 7 6 6 - 8 8 - 9 9 9 9 (フリガナ) 氏名 (コヨウシエンキコウ) 雇用支援機構
---	---

1 / 10

2023年01月20日 16時50分33秒 Version 1.0.0

【事業主控用】の申告申請書ではなく【機構提出用】の全頁をご提出ください。
 障害者雇用納付金電子申告申請システム 操作マニュアル P.124～127参照

※「QRコード」は、株式会社デンソーウェーブの登録商標です。