

障害者実雇用率確認書（月 日現在の雇用状況）

枚目
枚中

注1：常用雇用労働者数が省令第7条に定める数未満の法人等のみ記入してください
注2：複数の事業所がある法人等は事業所ごとに記入してください
注3：表中A～Lの用語の定義は裏面を参照してください

事業所の名称	
事業所の所在地	

A 常用雇用労働者の数	C 常用雇用労働者の数（週30 時間以上）		人
	D 短時間労働者の数（週20 時間以上30 時間未満）		人
	① 常用雇用労働者の数 ＝C＋（D×0.5）		人
B 常用雇用障害者の数	常用雇用障害者の数 （週30 時間以上）	E 重度身体障害者及び重度知的障害者の数	人
		F 重度以外の身体障害者及び重度以外の知的障害者の数	人
		G 精神障害者の数	人
		② 小計 ＝（E×2）＋F＋G	人
	短時間雇用障害者の数 （週20 時間以上30 時間未満）	H 重度身体障害者及び重度知的障害者の数	人
		I 精神障害者の数	人
		J 重度以外の身体障害者及び重度以外の知的障害者の数	人
		③ 小計 ＝H＋I＋（J×0.5）	人
	特定短時間労働者の数 （週10 時間以上20 時間未満）	K 重度身体障害者及び重度知的障害者の数	人
		L 精神障害者の数	人
		④ 小計 ＝（K×0.5）＋（L×0.5）	人
	⑤ 常用雇用障害者の数 ＝②＋③＋④		人
	障害者実雇用率（小数点以下第3位を四捨五入した数） 【⑤／①×100】		%
	障害者手帳の写しの添付同意 ※ 障害者の雇用状況を確認するため、障害者手帳の写しを提出してください。		☐ 同意済み

注：用語の定義について

「A 常用雇用労働者の数」及び「B 常用雇用障害者の数」には、以下のいずれかに該当する方を算入してください。

- ・雇用期間の定めのない労働者
- ・1年を超える雇用期間を定めて雇用されている者
- ・一定期間を定めて雇用される者であり、かつ、過去1年を超える期間について引き続き雇用されている者、又は雇入れのときから1年を超えて引き続き雇用されると見込まれる者
- ・日々雇用される者であって、雇用契約が日々更新されている者であり、かつ、過去1年を超える期間について引き続き雇用されている者又は雇入れのときから1年を超えて引き続き雇用されると見込まれる者

「E, H, K 重度身体障害者及び重度知的障害者」には、以下に該当する方を算入してください。

- ・重度身体障害者：原則として身体障害者手帳の等級が1級または2級とされる方及び3級に該当する障害を2以上重複して有すること等によって2級に相当する障害を有するとされる方
- ・重度知的障害者：児童相談所、障害者職業センター等により知的障害者と判定された方のうち、知的障害の程度が重いと判定された方で、次のいずれかの場合に該当する方
 - *療育手帳で程度が「A」とされている方
 - *療育手帳の「A」に相当する程度とする判定書をもらっている方
 - *障害者職業センターにより「重度知的障害者」と判定されている方

「F, J 重度以外の身体障害者及び重度以外の知的障害者」には、以下に該当する方を算入してください。

- ・重度以外の身体障害者：原則として身体障害者手帳の等級が3級から6級とされる方及び7級に該当する障害が2以上重複する方
- ・重度以外の知的障害者：児童相談所、障害者職業センター等により知的障害者と判定された方のうち、知的障害の程度が重いと判定された方以外の方

「G, I, L 精神障害者」には、以下に該当する方を算入してください。

- ・精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている方