

障害者雇用促進企業登録申請書等の記入方法について

□様式第1号 障害者雇用促進事業者登録申請書

- (1) 申請者 所在地、商号又は名称、代表者職・氏名
本店の所在地、商号又は名称、代表者職・氏名を記入してください。
- (2) 登録年度 登録する年度を記入してください。
- (3) 業種 次の4つの業種から選択してください。
卸売業、小売業、サービス業、製造・建設・運輸・その他の業種

中小企業者の範囲は、次の表のそれぞれの主たる事業ごとに、資本金の額又は出資の総額、又は常時使用する従業員の数が、次の表の条件を満たしている会社及び個人です。

| 主たる事業 | 資本金の額又は出資の総額 | 常時使用する従業員の数 |
|-----------------------|--------------|-------------|
| 卸売業 | 一億円以下 | 百人以下 |
| サービス業 | 五千万円以下 | 百人以下 |
| 小売業 | 五千万円以下 | 五十人以下 |
| 製造業、建設業、運輸業 その他の業種 | 三億円以下 | 三百人以下 |

- (4) 資本金の額又は出資の総額
資本金等を記入してください。(個人事業者の場合は記入不要)
- (5) 常時雇用している労働者数
申請日現在、常時雇用している労働者の企業全体の実人数を記入してください。
常時雇用している労働者とは次のアからウのいずれかに該当する方です。
ア 雇用期間の定めのない方
イ 期間(1箇月、6箇月等)を定めて雇用される方のうち、その雇用期間が反復更新されて事実上アと同様の状態にあると認められる方
ウ 日々雇用される方のうち、雇用契約が日々更新されて事実上アと同様の状態にあると認められる方
- (6) 算定の基礎となる市内事業所の労働者数
障害者雇用状況計算書(様式第2号)の区分①(小数点以下第1位まで記載)を記入してください。
- (7) 障害者雇用算定数
障害者雇用状況計算書(様式第2号)の区分②(小数点以下第1位まで記載)を記入してください。
- (8) 【 $3 - 1 \times \text{障害者雇用率} (2.3\%)$ 】
障害者雇用状況計算書(様式第2号)の区分③を記入してください。
- (9) 担当者
申請書の記載内容について問い合わせの窓口となる方の氏名等を記入してください。

□様式第2号 障害者雇用状況計算書

市外に本店を有する者が、市内の支店又は営業所等に青森市を相手方とする契約の権限を委任している場合は、委任先の支店又は営業所等の人数を記入してください。

- (10) 市内の事業所 所在地、商号又は名称（支店・営業所等名）
 申請する市内の事業所の所在地、商号又は名称、委任している場合は委任先の支店・営業所等名を記入してください。
- (11) 常時雇用している労働者数（短時間労働者を除く）＋ 短時間労働者数×0.5
 申請する市内の事業所について、申請日の属する月までの1年間の各月の初日における常時雇用している労働者数（短時間労働者を除く）と短時間労働者数×0.5（小数点以下第1位まで記載）の各月の初日の数を記入してください。
 短時間労働者とは、1週間の所定労働時間が当該事業主の事業所で雇用する通常の労働者の1週間の所定労働時間と比べて短く、かつ20時間以上30時間未満である「常時雇用している労働者」です。
- (12) 障害者雇用状況
 (11)のうち次の区分により、障害者の実数を記入してください。
 ※個人事業者本人が障害者である場合は、労働者数に含めて算定してください。

【常時雇用している労働者数（短時間労働者を除く）】

| 種類 | 条件 | 算定 |
|---------|--|----------|
| 重度身体障害者 | 身体障害者手帳の等級が1級又は2級に該当する方 | 1人を2人で算定 |
| 重度知的障害者 | ・療育手帳で程度が「A」とされている方 ・児童相談所、知的障害者更生相談所、精神保健福祉センター、精神保健指定医による療育手帳の「A」に相当する程度（特別障害者控除を受けられる程度等）とする判定書をもっている方。 ・障害者職業センターにより「重度知的障害者」と判定された方 | 1人を2人で算定 |
| 身体障害者 | 身体障害者手帳の等級が3級から6級に該当する方 | 1人を1人で算定 |
| 知的障害者 | 児童相談所、知的障害者更生相談所、精神保健福祉センター、精神保健指定医または障害者職業センターにより知的障害者と判定された方 | 1人を1人で算定 |
| 精神障害者 | 精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている方 | 1人を1人で算定 |

【短時間労働者】

| 種類 | 条件 | 算定 |
|---------|-------|------------|
| 重度身体障害者 | 上表と同じ | 1人を1人で算定 |
| 重度知的障害者 | 上表と同じ | 1人を1人で算定 |
| 身体障害者 | 上表と同じ | 1人を0.5人で算定 |
| 知的障害者 | 上表と同じ | 1人を0.5人で算定 |
| 精神障害者 | 上表と同じ | 1人を0.5人で算定 |

- (13) 障害者雇用算定数計
 (12)を基に算定した障害者雇用算定数（小数点以下第1位まで記載）の計を記入してください。

- (14) ①算定の基礎となる市内事業所の労働者数
(11) の計（小数点以下第 1 位まで記載）を記入してください。
- (15) ②障害者雇用算定数
(13) の計（小数点以下第 1 位まで記載）を記入してください。
- (16) ③【①×障害者雇用率（2.3%）】
(14) ×障害者雇用率（2.3%）の人数（1 人未満の端数は切り捨て）を記入してください。
- (17) 手帳等の写しの添付について
(12) に記入した方の身体障害者手帳、療育手帳若しくは精神障害者保健福祉手帳又は障害者であることを証する書類及び雇用保険被保険者資格取得等確認通知書の写しを添付してください。
※写しの提出に当たっては、当該障害者の了解を必ず得てください。

□様式第 3 号 障害者雇用促進企業登録変更届

登録内容に変更があった場合で、下記のいずれかに該当する場合は必ず変更届を提出してください。

- ア 障害者雇用促進企業登録申請書（様式第 1 号）の「2 中小企業該当区分」を満たさないこととなった場合
- イ 障害者雇用状況計算書（様式第 2 号）の市内の事業所が、市外又は県外となった場合
- ウ 様式第 1 号の「3 市内事業所の雇用状況」のうち、「3-2 障害者雇用算定数」を満たさないこととなった場合