神奈川県障害者支援施設等に準ずる者のうち企業等に係る認定基準取扱要領

（目的）

第１条　この要領は、神奈川県障害者支援施設等に準ずる者の認定基準（以下「認定基準」という。）に定めるものうち、認定基準第２条第１項第２号から第５号に規定する者に関し、必要な事項を定めるものとする。

（申請に必要な書類）

第２条　認定基準第３条に基づく必要な書類は、別表のとおりとする。

（現況確認）

第３条　雇用労政課長は、認定事業所等の現況を把握するため、認定基準第９条の規定に基づき、認定基準第２条第１項第２号に規定する子会社及び同条第１項第３号に規定する事業所に対し、現況届出書（様式第５号)、その他必要な書類により、毎年４月末までに、当該年の４月１日現在の状況について報告を求めるものとする。

附　則

この要領は、令和８年４月１日から施行する。

別表

	申請に必要な書類
認定基準第２条第１項第２号に規定する子会社	1　定款又はこれに代わるもの 2　法人登記簿謄本又は履歴事項全部証明書の写し（発行後３か月以内） 3　取扱物品・役務の概要が分かるもの 4　代表者及び役員等の氏名一覧（様式第４号） 5　就業規則 6　給与規程 7　子会社特例認定通知書の写し 8　申請事業所等届出書（様式第１号） 9　障害者雇用状況計算書（様式第２号） 10　従業員名簿 11　申請日直前の６月１日現在における親事業主の障害者雇用状況報告書の写し 12　雇用する障害者の名簿（様式第３号）及び障害者手帳の写し 13　雇用する障害者の雇入通知書又は雇用契約書の写し 14　雇用する障害者の雇用保険被保険者資格取得等確認通知書（事業主通知用）の写し 15　雇用する障害者の賃金台帳の写し（計算基準日を含む過去６か月分） 16　雇用する障害者の出勤簿又はタイムカード等の写し（計算基準日を含む過去６か月分） 17　障害者職業生活相談員選任報告書の写し 18　その他、知事が必要と認める書類

	申請に必要な書類
認定基準第２条第１項第３号に規定する事業所	１　定款又はこれに代わるもの ２　法人登記簿謄本又は履歴事項全部証明書の写し（発行後３か月以内） ３　取扱物品・役務の概要が分かるもの ４　代表者及び役員等の氏名一覧（様式第４号） ５　就業規則 ６　給与規程 ７　申請事業所等届出書（様式第１号） ８　障害者雇用状況計算書（様式第２号） ９　従業員名簿 10　申請日直前の６月１日現在における障害者雇用状況報告書の写し 11　雇用する障害者の名簿（様式第３号）及び障害者手帳の写し 12　雇用する障害者の雇入通知書又は雇用契約書の写し 13　雇用する障害者の雇用保険被保険者資格取得等確認通知書（事業主通知用）の写し 14　雇用する障害者の賃金台帳の写し（計算基準日を含む過去６か月分） 15　雇用する障害者の出勤簿又はタイムカード等の写し（計算基準日を含む過去６か月分） 16　障害者職業生活相談員選任報告書の写し 17　その他、知事が必要と認める書類
認定基準第２条第１項第４号に規定する在宅就業障害者	１　申請事業所等届出書（様式第１号） ２　障害者手帳等の写し ３　その他、知事が必要と認める書類
認定基準第２条第１項第５号に規定する在宅就業支援団体	１　定款又はこれに代わるもの ２　法人登記簿謄本又は履歴事項全部証明書の写し（発行後３か月以内） ３　取扱物品・役務の概要が分かるもの ４　代表者及び役員等の氏名一覧（様式第４号） ５　就業規則 ６　給与規程 ７　申請事業所等届出書（様式第１号） ８　厚生労働大臣が交付する在宅就業支援団体登録通知書の写し ９　その他、知事が必要と認める書類

様式第１号

申請事業所等届出書

年　　月　　日

所　　在　　地
事　業　所　名
代表者職・氏名

（連絡先）
担　　当　　者
電　　　　　話
メールアドレス
（又はファクシミリ）

神奈川県障害者支援施設等に準ずる者の認定基準（以下「認定基準」という。）第３条の規定に基づき、次のとおり届け出ます。

１　申請事業所（対象となる県内全ての事業所を記入すること。）

事業所名				
所 在 地				
区分 （該当する区分に○印を付けること。）	特例子会社		重度障害者多数雇用事業所	
	在宅就業障害者		在宅就業支援団体	

２　主な取扱物品又は役務

営業種目	取扱品目

※　営業種目（入札参加資格の認定手続に係る公示による）ごとに分類した取扱品目の範囲において製作し、かつ、販売する物品及び役務を記入すること。
　なお、「取扱品目」として「その他の品目」と記載する場合は、製作・販売する物品名を括弧書きで、記入すること。

様式第２号

障害者雇用状況計算書

年　　月　　日

神奈川県知事　殿

所　　在　　地
事 業 所 名
代 表 者 氏 名

計算基準日　（※１）
年　月　日

<table>
<tr><td rowspan="3">①　常用雇用労働者の数</td><td>(ｱ) 常用雇用労働者の数（短時間労働者を除く）</td><td>人</td></tr>
<tr><td>(ｲ) 短時間労働者の数</td><td>人</td></tr>
<tr><td>(ｳ) 常用雇用労働者の数［ｱ+(ｲ×０.５)］</td><td>人</td></tr>
<tr><td rowspan="14">②　身体障害者、知的障害者及び精神障害者の数</td><td>(ｱ) 重度身体障害者の数</td><td>人</td></tr>
<tr><td>(ｲ) 重度身体障害者以外の身体障害者の数</td><td>人</td></tr>
<tr><td>(ｳ) 重度身体障害者である短時間労働者の数</td><td>人</td></tr>
<tr><td>(ｴ) 重度身体障害者以外の身体障害者である短時間労働者の数</td><td>人</td></tr>
<tr><td>(ｵ) 重度身体障害者である特定短時間労働者の数</td><td>人</td></tr>
<tr><td>(ｶ) 重度知的障害者の数</td><td>人</td></tr>
<tr><td>(ｷ) 重度知的障害者以外の知的障害者の数</td><td>人</td></tr>
<tr><td>(ｸ) 重度知的障害者である短時間労働者の数</td><td>人</td></tr>
<tr><td>(ｹ) 重度知的障害者以外の知的障害者である短時間労働者の数</td><td>人</td></tr>
<tr><td>(ｺ) 重度知的障害者である特定短時間労働者の数</td><td>人</td></tr>
<tr><td>(ｻ) 精神障害者の数</td><td>人</td></tr>
<tr><td>(ｼ) 精神障害者である短時間労働者の数</td><td>人</td></tr>
<tr><td>(ｽ) 精神障害者である特定短時間労働者の数</td><td>人</td></tr>
<tr><td>(ｾ) 計［ｱ+ｲ+ｶ+ｷ+ｻ+ｼ+（（ｳ+ｴ+ｵ+ｸ+ｹ+ｺ+ｽ）×０.５)］（※２）</td><td>人</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>③ 障害者雇用割合 ＝ ②のセ ／ ①のウ ×100</td><td>④ 重度障害者等の割合 ＝ ②のｾ−{②のｲ+(②のｴ×０.５)} ／ ②のセ ×100</td></tr>
<tr><td>（※３）　%</td><td>（※４）　%</td></tr>
</table>

（※１）　計算基準日は、提出日から１か月以内の日とすること。
（※２）　(ｾ)欄「障害者数」は、５人以上であること。
（※３）　③「障害者雇用割合」は、20%以上であること。
　　　　　なお、小数点以下の端数があるときは、これを切り捨てること。
（※４）　④「重度障害者等の割合」は、30%以上であること。
　　　　　なお、小数点以下の端数があるときは、これを切り捨てること。

（添付資料）

１　従業員名簿
２　雇用する障害者の名簿（様式第３号）及び障害者手帳の写し
３　雇用する障害者の雇入通知者又は雇用契約書の写し
４　雇用する障害者の出勤簿又はタイムカード等の写し（計算基準日を含む過去６か月分）
５　申請日直前の６月１日現在における親事業主の障害者雇用状況報告書の写し（特例子会社においては、親事業主の障害者雇用状況報告書の写し）

様式第３号

雇用する障害者の名簿

（計算基準日）　　　　　　　　年　　月　　日

（フリガナ） 氏　　　名	障害の区分（※）	障害の程度（等級）	雇入れ年月日	労働時間／日	労働時間／週	勤務地
	身体・知的・精神					
	身体・知的・精神					
	身体・知的・精神					
	身体・知的・精神					
	身体・知的・精神					
	身体・知的・精神					
	身体・知的・精神					
	身体・知的・精神					
	身体・知的・精神					
	身体・知的・精神					
	身体・知的・精神					
	身体・知的・精神					

（※）　該当する区分を○で囲むこと。

様式第４号

代表者及び役員等の氏名一覧表

年　　月　　日現在の役員

役職名	(フリガナ) 氏　　名	生年月日 (大正T、昭和S、平成H)	性別 （男・女）	住所
代表者		T S H　．　．		
		T S H　．　．		
		T S H　．　．		
		T S H　．　．		
		T S H　．　．		
		T S H　．　．		
		T S H　．　．		
		T S H　．　．		
		T S H　．　．		
		T S H　．　．		

　記載された全ての者は、代表者又は役員に暴力団員がいないことを確認するため、本様式に記載された情報を神奈川県警察本部に照会することについて、同意しています。

事 業 所 名
代表者氏名

様式第５号

現況届出書

年　　月　　日

神奈川県知事　殿

所　　在　　地
事　業　所　名
代表者職・氏名

（連絡先）
担　　当　　者
電　　　　　話
メールアドレス
（又はファクシミリ）

神奈川県障害者支援施設等に準ずる者のうち企業等に係る認定基準取扱要領（以下「取扱要領」という。）第３条の規定に基づき、次のとおり報告します。

１　認定事業所（対象となる県内全ての事業所を記入すること。）

事業所名				
所 在 地				
区分 （該当する区分に○印を付けること。）	特例子会社		重度障害者多数雇用事業所	

２　主な取扱物品又は役務（変更がある場合のみ記入すること。）

営業種目	主な物品又は役務の内容

（添付資料）
取扱要領第１条に該当することを証明する書類
１　障害者雇用状況計算書（様式第２号）
２　雇用する障害者の賃金台帳の写し（計算基準日を含む過去６か月分）
３　雇用する障害者の雇用保険被保険者資格取得等確認通知書（事業主通知用）の写し