

障害者実雇用率確認書（ 月 日現在の雇用状況）

注1：障害者雇用状況報告書の提出義務のない企業等のみ記入してください
 注2：複数の事業所がある企業等は各事業所ごとに記入してください

| | |
|---------|--|
| 事業所の名称 | |
| 事業所の所在地 | |

| | | |
|--|---|-------------------------------|
| A 常用雇用労働者の数 ※裏面参照 | 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 ※裏面参照 | (週30時間以上) E 重度身体障害者及び知的障害者の数 ※裏面参照 | 人 |
| | F 重度以外の身体障害者及び知的障害者の数 ※裏面参照 | 人 |
| | G 精神障害者の数 ※裏面参照 | 人 |
| | ②小計 = (E×2) +F+G | 人 |
| | (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 (雇入れから3年以内又は精神障害者保健福祉手帳取得から3年以内) | 人 |
| | J 精神障害者の数 (I以外の精神障害者) | 人 |
| | K 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) + (K×0.5) | 人 |
| | ④常用雇用障害者の数 =②+③ | 人 |
| 障害者実雇用率（小数点以下第3位を四捨五入した数） 【④/①×100】 | | % |
| 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。 | | <input type="checkbox"/> 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
- ・一定期間を定めて雇用される労働者であっても、その雇用期間が反復更新されて事実上期間の定めのない労働者と同様の実態にあると認められる労働者
- ・日々雇用される労働者であっても、その雇用期間が反復更新されて事実上期間の定めのない労働者と同様の実態にあると認められる労働者

「E 重度身体障害者及び知的障害者」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
- ・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

「F 重度以外の身体障害者及び知的障害者」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
- ・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 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