

別記

第 1 号様式（第 3 条関係）

障害者雇用促進企業登録申請書

年 月 日

（あて先）八戸市長

申請者

所在地

会社名

代表者名

担当者

電話番号

FAX番号

印

下記のとおり障害者雇用促進企業の登録を受けたいので、障害者雇用促進企業からの物品等調達実施要綱第 3 条の規定により申請します。

なお、この申請書及び添付書類の内容については、事実と相違ないことを誓約します。

記

1	登録年度	年 度
2	業種（いずれかに○印）	卸売業 小売業 サービス業 製造業等
3	資本額・出資総額	千 円
4	常用雇用労働者	人
5	障害者雇用数	
6	市内事業所の雇用状況（第 2 号様式障害者雇用状況計算書の集計）	
	①算定の基礎となる市内事業所の労働者数	人
	②障害者雇用合計数	人
	③認定障害者雇用数	①×2.5／100（1 人未満の端数は切り捨て）人

注 1 「6 市内事業所の雇用状況」①・②の欄は、第 2 号様式の⑨・⑩の欄から転記してください。

2 この登録申請書には、第 2 号様式の障害者雇用状況計算書を添付ください。

3 身体障害者手帳、療育（愛護）手帳等、精神障害者保健福祉手帳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ください。

※身体障害者手帳等の写しの提出にあたっては、当該手帳所持者の了解を得てください。