申請書の記入方法

障害者雇用促進企業登録申請書（第１号様式）

１．　所在地、会社名、代表者等

　　　　八戸市物品の購入等に関する競争入札参加資格者名簿（以下「名簿」という）に登載されている所在地、会社名、代表者名、担当者及び連絡先を記入してください。

２．　登録年度

　　　　登録を希望する年度を記入してください。

３．　業種

　　　　卸売業、小売業、サービス業、製造業等のいずれかに○をつけてください。

４．　資本金等

　　　　資本金等を千円単位で記入してください。（法人は登記簿記載の資本金）

５．　常用雇用労働者数

　　　申請日現在の企業全体の常用雇用労働者数を記入してください。

　　　常用雇用労働者とは、次のように１年を超えて雇用される者（見込みを含みます。）をいいます。

　　　（１）雇用期間の定めのない労働者

　　　（２）一定期間（１か月、６か月等）を定めて雇用される者であっても、その雇用期間が反復更新

　　　されて事実上（１）と同一状態にあると認められる者

　　　（３）日々雇用される者であっても、雇用期間が日々更新されて事実上（１）と同様の状態にある

　　　と認められる者

６．　障害者雇用数

　　　申請日現在の企業全体の障害者雇用数を記入してください。

ただし、常用雇用障害者（週所定労働時間が３０時間以上）の内、重度の身体障害者、重度の知的障害者は１人を２人として、短時間雇用障害者（週所定労働時間２０時間以上３０時間未満）の内、重度以外の身体障害者、知的障害者は１人を０．５人として、特定短時間雇用障害者（週所定労働時間が１０時間以上２０時間未満）の内、重度の身体障害者、知的障害者及び精神障害者は１人を０．５人としてカウントします。

７．　市内事業所の雇用状況

　　　（１）　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（第２号様式）の⑨欄の人数を記入してください。（小数点以下第１

　　　　　 位まで記載）

　　　（２）　障害者雇用合計数

　　　　　 障害者雇用状況計算書（第２号様式）の⑩欄の人数を記入してください。（小数点以下第１

　　　　　 位まで記載）

　　　（３）　認定障害者数

　　　　　 算定の基礎となる市内事業者の労働者数に100分の2.5を乗じて得た数を記入してくださ

　　　　　 い。（少数点以下を切り捨てる）

障害者雇用状況計算書（第２号様式）

　　 市内に本店があり、複数の支店等がある場合は、市内の本店・支店分を合計して作成してくだ

　 さい。

　　 市外の企業で、市内に支店等がある場合は、市内の支店分のみで作成してください。

１．　会社・支店等名

会社・支店等の名称を記入してください。

（名簿に登載されている会社名・支店等名）

２．　所在地

　　　１の所在地を記入してください。

　　　（名簿に登載されている所在地）

３．　障害者雇用状況算定年月

　　　申請日から遡って過去１年間です。

　　　【参考例】令和６年５月中の申請の場合、令和５年５月～令和６年４月

４．　常用雇用労働者数（短時間労働者を除く）＋短時間労働者数×０．５

　　　市内の事業所について、各月の初日の常用雇用労働者数（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）を合算した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に雇用する通常の労働

　　　者の１週間の所定時間に比べて短く、かつ、２０時間以上３０時間未満である常時雇用する労

働者をいいます。

５．　常用雇用障害者数

　　　④のうち、下記の区分により、障害者数を記入してください。

（１）イ 重度の身体障害者、重度の知的障害者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 障害者の種類 | 障害の程度 | 条　　　　　件 | 算定数 |
| 身体障害者 | 重度 | 身体障害者手帳１級又は２級に該当する方 | １人を２人として算定 |
| 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「Ａ」に相当する程度（特別障害者控除を受けられる程度）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」と判定された方 |

（２）ロ　イ以外の身体障害者、知的障害者及び精神障害者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 障害者の種類 | 障害の程度 | 条　　　　　件　　　　　 | 算定数 |
| 身体障害者 | 重度以外 | 　・身体障害者手帳３級から６級に該当する　 方 | １人を1人として算定 |
| 知的障害者 | 　・療育手帳で程度が「A」以外の方　・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　　医又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 |
| 精神障害者 |  | 　・精神障害者保健福祉手帳の交付を受けた方 |

上記の重度身体障害者及び重度知的障害者を除きます。

６．　短時間雇用障害者数　＜週所定労働時間　２０時間以上３０時間未満＞

④のうち、下記の区分により、障害者数を記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 障害者の種類 | 障害の程度 | 条　　　　　件 | 算定数 |
| 身体障害者 | 　　重度 | 上表５（１）と同じ | １人を1人として算定 |
| 知的障害者 |
| 精神障害者 |  | 上表５（２）と同じ |

（１）ハ 重度の身体障害者、重度の知的障害者及び精神障害者

（２）ニ　ハ以外の身体障害者及び知的障害者

　　　　　上記の重度身体障害者及び重度知的障害者を除きます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 障害者の種類 | 障害の程度 | 条　　　　　件　　　　　 | 算定数 |
| 身体障害者 | 重度以外 | 上表５（２）と同じ | １人を0.5人として算定 |
| 知的障害者 |

７．　特定短時間雇用障害者数　＜週所定労働時間　１０時間以上２０時間未満＞

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 障害者の種類 | 障害の程度 | 条　　　　　件 | 算定数 |
| 身体障害者 | 重度 | 上表５（１）と同じ | １人を0.5人として算定 |
| 　知的障害者 |
| 　精神障害者 |  | 上表５（２）と同じ |

ホ 重度の身体・知的障害者及び精神障害者

８．合計

**(イ×２)＋ロ＋ハ＋(ニ×0.5)＋(ホ×0.5)の合計を記入してください。**