

# 申請書と計算書の記入方法について

(記入例とあわせてご参照ください。)

## 障害者雇用促進企業登録申請書 (第 1 号様式)

### 申請者等

企業団の物品等競争入札参加資格申請に記載した本店の所在地・会社名・代表者名を記入し、押印してください。

担当者には、企業団から問い合わせがあった際に、申請書と計算書の記載内容について、回答できる方を記入してください。

#### 1 登録年度

登録を希望する年度を記入してください。

#### 2 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。

#### 3 資本金・出資総額

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)

#### 4 常用雇用労働者

申請日現在、企業全体で常用雇用している労働者の人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(見込みも含む。)をいいます。

ア 雇用期間に定めのない労働者

イ 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アと同一状態にあると認められるもの

ウ 日々雇用される者であっても、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もの

#### 5 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、重度以外の知的障害者は 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、重度の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。

#### 6 圏域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) 常用雇用労働者合計数(算定の基礎となる圏域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) 認定障害者雇用数

(1)の数に100分の2.5を乗じて得た数を記入してください。(小数点以下切り捨て)

## 障害者雇用状況計算書(第2号様式)

圏域内に複数の事業所がある場合は、合計して作成してください。

**① 会社・支店名等 / ②所在地**

- ・圏域内に本店がある申請者

本店の名称と所在地を記入してください。

- ・圏域外に本店がある申請者

圏域内にある支店(物品等競争入札参加資格申請に記載した受任先)の名称と所在地を記入してください。

**③ 障害者雇用算定年月**

申請月からさかのぼって、過去1年について記入してください。

《例》 令和7年3月に申請する場合

令和6年3月～令和7年2月までを記入してください。

**④ 常用雇用労働者数**

各月の初日の時点での、圏域内にある本店・支店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通常の労働者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する労働者をいいます。

**⑤ 常用雇用障害者数** ※短時間労働者は次の⑥に算入してください。

④のうち次の表の区分により、条件に該当する人数を記入してください。

**イ 重度の身体障害者及び知的障害者**

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級または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(愛護)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（愛護）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	
--	--	--	--

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（愛護）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	
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	

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のうち次の表の区分により、条件に該当する人数を記入してください。

ハ 重度の身体障害者、重度の知的障害者及び精神障害者

障害の種類	障害の程度	条 件	算定数
身体障害者	重度	⑤のイに同じ	1 人を 1 人として算定
知的障害者			
精神障害者		⑤のロに同じ	1 人を 1 人として算定

ニ ハ以外の身体障害者及び知的障害者

障害の種類	障害の程度	条 件	算定数
身体障害者	重度以外	⑤のロに同じ	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>

ホ 重度の身体障害者、重度の知的障害者及び精神障害者

障害の種類	障害の程度	条 件	算定数
身体障害者	重度	⑤のイに同じ	1人を0.5人として算定
知的障害者	重度	⑤のイに同じ	1人を0.5人として算定
精神障害者		⑤のロに同じ	1人を0.5人として算定

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。

⑨欄

④の各月の人数を合計して記入してください。

⑩欄

⑧の各月の人数を合計して記入してください。