様式第１号（その１）（法人用）

|  |
| --- |
| 障害者雇用事業税不均一課税申告書（法人用）年　　月　　日　　愛媛県知事　　　　　様事務所の所在地　　　　　　　　　　　　　申告者　名称及び代表者の氏名　　　　　　　　　印　電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　記入者　職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　印　 |
| 基準事業年度 | 　　　　年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで |
| 適用対象事業年度 | 　　　　年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで |
| 常時雇用する労働者の数 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　人 |
| 雇用保険適用事業所番号 | 事業所名（略称可） | 事　　業　　所　　番　　号 |
|  | ―　　　　　― |
|  | ―　　　　　― |
|  | ―　　　　　― |
|  | ―　　　　　― |
| 基準事業年度の雇用障害者数 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 合計①人 | （①/12）②人 |
| 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 |
| 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 適用対象事業年度の雇用障害者数 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 合計③人 | （③/12）④人 |
| 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 |
| 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 増加雇用障害者数（⑤＝④－②） |  |
| 所得割 | 区　　　　分 | 本県分の課税標準額（円）⑥ | 税率⑦ | 税額（円）⑥×⑦ | 1/2税率⑨＝⑦×1/2 | 税額（円）⑥×⑨ |
| 年400万円以下の金額 |  |  |  |  |  |
| 年400万円を超え年800万円以下の金額 |  |  |  |  |  |
| 年800万円を超える金額 |  |  |  |  |  |
| 小　　　　計 |  |  | ⑧ |  | ⑩ |
| 軽減税率不適用法人の金額 |  |  |  |  |  |
| 付加価値割 |  |  |  |  |  |
| 資本割 |  |  |  |  |  |
| 収入割 |  |  |  |  |  |
| 合　　　　計 |  |  | ⑧ |  | ⑩ |
| ⑪＝⑧－⑩ | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| ⑫　　＝　10　 万　 円　×　⑤ | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 区　　　　分 | 不　　　均　　　一　　　課　　　税　　　額 |
| ⑪≦⑫の場合 | ⑩の額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| ⑪＞⑫の場合 | ⑧－⑫　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 備　　　　考 |  |

　注１　用紙の大きさは、日本工業規格Ａ４とすること。

　　２　次に掲げる書類を添付すること。

　　　(１)　常時雇用する労働者の数及び雇用障害者数に算入される労働者の雇用関係を証する書類

　　　(２)　障害者雇用状況証明書（様式第２号）

　　　(３)　性風俗関連特殊営業に該当する事業を営む法人でない旨の誓約書

　様式第１号（その１）の記載要領

　１　「基準事業年度」の欄は、令和３年４月１日から令和４年３月31日までの間に開始する最後の事業年度の期間を記載すること。

　２　「適用対象事業年度」の欄は、この申告に係る事業税の事業年度の期間を記載すること。

　３　常時雇用する労働者の数（当該数の算定に当たっては、障害者の雇用の促進等に関する法律（昭和35年法律第123号。以下「障害者雇用促進法」という。）第43条第３項に規定する短時間労働者は、その１人をもって0.5人の労働者に相当するものとみなす。）は、適用対象事業年度終了の日現在における雇用保険の一般被保険者及び高年齢被保険者の総数を記載すること。

　　　なお、事業所が複数ある場合は、各事業所分を合計した事業所全体の常時雇用する労働者の総数を記載すること。

　４　雇用障害者数は、各事業年度に属する各月の末日現在における障害者である労働者の数を合計した数を12で除して得た数（その数に0.01未満の端数があるときは、その端数を切り捨てる。）を記載すること。

　　　なお、雇用障害者数に算入される労働者は、次に掲げる全ての要件を満たす者に限る。

　　(１)　県内に住所を有する者であること。

　　(２)　県内の事務所又は事業所において雇用される者であること。

　　(３)　雇用保険法（昭和49年法律第116号）第４条第１項に規定する被保険者（同法第38条第１項に規定する短期雇用特例被保険者及び同法第43条第１項に規定する日雇労働被保険者を除く。）となっている者であること。

　　(４)　身体障害者にあっては、障害者雇用促進法第２条第２号に規定する身体障害者（身体障害者手帳の等級が１級から６級までに該当する者又は７級の障害を２つ以上重複して有する者）であること。

　　(５)　知的障害者にあっては、障害者雇用促進法第２条第４号に規定する知的障害者（児童相談所又は知的障害者更生相談所等の知的障害者判定機関により知的障害があると判定された者）であること。

　　(６)　精神障害者にあっては、障害者雇用促進法第２条第６号に規定する精神障害者であって精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者であること。

　５　雇用保険適用事業所番号は、支店又は営業所ごとに複数の雇用保険の保険関係が成立している場合には、それら全ての事業所番号を記載すること。

　６　常時雇用する労働者の数及び雇用障害者数に算入される労働者の雇用関係を証する書類として、ハローワーク（公共職業安定所）が運用する雇用保険ハローワークシステムの次に掲げる出力帳票の原本及び当該帳票に係る交付申請書の写しを添付すること。

　　(１)　事業所台帳全記録照会（ヘッダー）

　　(２)　事業所台帳異動状況照会

　　(３)　事業所別被保険者台帳照会

　　　　なお、これらの出力帳票は、事業所関係照会区分及び編集コード等を次の表のとおり指定してハローワーク（公共職業安定所）から交付を受けたものとすること。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （照会区分コード） | （編集コード） | （指定期間） |
| 事業所関係照会の対象者につき、次の「６　全被保険者」を指定すること。 | 事業所関係照会の対象者の並び順番につき、次の「３　取得（転入）日順」を指定すること。 | 基準事業年度（年）開始の日から適用対象事業年度（年）終了の日までとすること。 |
| １　取得中の者２　喪失済の者３　喪失原因３４　転入者５　転出者６　全被保険者 | １　被保険者番号降順２　氏名の50音順３　取得（転入）日順４　離職（転出）日順５　生年月日順 |

　７　基準事業年度開始の日から６の出力日までの間に離職者がいる場合は離職者に

　　係る雇用保険被保険者資格喪失確認通知書の写しを添付すること。