

様式第 4 号

障 害 者 雇 用 状 況 報 告 書

年 月 日

愛媛県知事 様

報告者	整 理 番 号						
	住 所	〒					
	商 号 又 は 名 称						
	氏名(代表者の氏名)						
	電 話 番 号						

物品調達等の発注における障害者雇用促進企業等に対する優遇措置の実施に関する要綱第 7 条の規定により障害者雇用状況を報告します。

1 報告者に係る常用雇用労働者の数	人
2 県内事業所における障害者雇用状況	
(1) 常用雇用労働者の数	人
(2) 算定基礎となる労働者数	人
(3) 身体障害者、知的障害者又は精神障害者である常用労働者の数	人
(4) 障害者雇用率	%

注 1 様式第 1 号に準じて記載してください。

2 様式第 2 号を添付してください。

様式第2号

障害者雇用状況計算書

年月日現在

区分	全体計	県内事業所別の内訳				
① 事業所の名称						
② 事業の内容						
③ 常用雇用労働者の数	人	人	人	人	人	人
④ 1-除外率						
⑤ 算定基礎となる労働者数 (③×④、端数切捨て)	人	人	人	人	人	人
⑥ 常用雇用身体障害者、知的障害者及び精神障害者の数						
ア 重度身体障害者の数	人	人	人	人	人	人
イ 重度身体障害者以外の 身体障害者の数	人	人	人	人	人	人
ウ 重度身体障害者である 短時間労働者の数	人	人	人	人	人	人
エ 重度身体障害者以外の身体障害者である 短時間労働者の数	人	人	人	人	人	人
オ 身体障害者の数 (ア)×2+(イ)+(ウ)+(エ)×0.5)	人	人	人	人	人	人
カ 重度知的障害者の数	人	人	人	人	人	人
キ 重度知的障害者以外の 知的障害者の数	人	人	人	人	人	人
ク 重度知的障害者である 短時間労働者の数	人	人	人	人	人	人
ケ 重度知的障害者以外の知的障害者である 短時間労働者の数	人	人	人	人	人	人
コ 知的障害者の数 (カ)×2+(キ)+(ク)+(ケ)×0.5)	人	人	人	人	人	人
サ 精神障害者の数	人	人	人	人	人	人
シ 精神障害者である 短時間労働者の数	人	人	人	人	人	人
ス 精神障害者の数 (サ)+(シ)×0.5)	人	人	人	人	人	人
⑦ 計 (⑥のオ+⑥のコ+⑥のス)	人	人	人	人	人	人
⑧ 雇用率 (⑦/⑤×100)	%					

注1 常用雇用労働者の数等については、1月1日から3月31日までの申請又は報告にあつては1月1日現在、4月1日から6月30日までの申請又は報告にあつては4月1日現在、7月1日から9月30日までの申請又は報告にあつては7月1日現在、10月1日から12月31日までの申請又は報告にあつては10月1日現在の人数を記載してください。

2 事業所とは、本店と地理的に独立した場所にあり、継続して事業を営むものをいいます。なお、本店も1事業所としてください。

3 事業の内容は、事業所毎の主たる事業内容を記載してください。