

障害者雇用促進企業等登録申請書

年 月 日

出納局物品管理室長 様

申請者 登録番号
 所在地
 商号又は名称
 代表者職氏名
 電話番号

下記のとおり障害者雇用促進企業等の登録を受けたいので、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

障害者雇用促進企業 ・ 障害者就労施設等支援企業 (該当するものに○)	
1 業種 (右記の該当するものを○)	卸売業・小売業・製造業・その他
2 資本額・出資総額	円
3 常用労働者数	人
4 県内の事業所数	事業所
5 県内事業所の雇用状況 (様式第2号障害者雇用状況計算書の集計)	
① 労働者数 (②を除く)	人
② 短時間労働者数	人
③ 除外率	%
④ 基礎となる労働者数	$(①+② \times 0.5) - (①+② \times 0.5) \times ③$ 人
⑤ 雇用すべき障害者数	$④ \times 2.3\%$ (少数点以下端数切捨) 人
⑥ 障害者の労働者数 (⑦～⑪を除く)	人
⑦ 障害者の短時間労働者数 (⑨⑩を除く)	人
⑧ 重度障害者の労働者数 (⑨を除く)	人
⑨ 重度障害者の短時間労働者数	人
⑩ 精神障害者 (発達障害を含む) の労働者数 (⑪を除く)	人
⑪ 精神障害者 (発達障害を含む) の短時間労働者数	人
⑫ ⑩の対象者1人につき 1人に該当する労働者数	人
⑬ 障害者労働者数	$⑥ + ⑦ \times 0.5 + ⑧ \times 2 + ⑨ + ⑩ + (⑪ - ⑫) \times 0.5 + ⑫$ 人
6 県内障害者就労施設等との取引額	件 円

※ 5の欄の⑬が⑤以上の場合、または、6の欄が30万円以上であれば申請できます。

※※ 5の欄の③除外率は、厚生労働省のHPを参照してください。

※※※ 5の欄の④の $(①+② \times 0.5) \times ③$ については、小数点以下端数切捨。

※※※※ 5の欄の⑬は、小数点以下端数切捨てしない。

障害者雇用状況計算書

商号又は名称：

(単位：人)

障害者雇用 算定年月 (過去1年間)		労働者数 (障害者を含む)		障害者の雇用状況						
				障害者の労働者数		重度の障害者の労働者数		精神障害者(発達障害を含む)の労働者数		
		労働者数	短時間労働者数	労働者数	短時間労働者数	労働者数	短時間労働者数	労働者数	短時間労働者数 (0.5または1)	
うち1人に該当する者の数										
年	月									
年	月									
年	月									
年	月									
年	月									
年	月									
年	月									
年	月									
年	月									
年	月									
年	月									
年	月									
年	月									
合 計		(申請書の①)	(申請書の②)	(申請書の⑥)	(申請書の⑦)	(申請書の⑧)	(申請書の⑨)	(申請書の⑩)	(申請書の⑪)	(申請書の⑫)

- ※ 労働者数からは短時間労働者数を除いてください。
- ※※ 県内の事業所が複数ある場合は、とりまとめのうえ計算書を作成してください。
- ※※※ 障害者雇用状況の報告義務を有する企業(労働者数43.5人以上)は、障害者雇用状況報告書の写し(公共職業安定所長の受付印があるもの(電子報告を除く。))を添付してください。
- ※※※※ 過去1年間とは、申請しようとする月の前月から遡った1年間とします。

障害者就労施設等
取引実績書

出納局物品管理室長 様

年 月 日

長崎県の物品調達に係る障害者雇用促進企業等に対する優先的取扱いに関する要綱第3条の規定に基づき障害者雇用促進企業等として登録を受けるため、下記取扱実績証明書を提出します。

登録番号
申請者
所在地
商号又は名称
代表者職氏名
電話番号

取引実績証明書

当施設（事業所）は、上記企業からの発注を受け下記内容の取引を行ったことを証明いたします。

年 月 日

所在地
施設名
（事業所名）
代表者名 印
電話番号

1 取引期間（過去1年間）	年 月 日 ~ 年 月 日
2 取引内容 例：花の苗を販売等物件名 印刷物の折り等作業名	
3 取引金額	円

※ 取引をした施設（事業所）ごとに作成して下さい。
※※ 過去1年間とは、申請しようとする月の前月から遡った1年間とします。

障害者雇用促進企業等結果通知書

管 第 号
年 月 日

会社名

代表者名 様

出納局物品管理室長

先に提出されました物品調達に係る障害者雇用促進企業等登録申請書に基づき、貴社（所・店）の資格を審査した結果を下記のとおり通知します。

記

登録 ・ 不適合

1. 登録番号
2. 登録種別 障害者雇用促進企業・障害者就労施設等支援企業
3. 登録年月日 年 月 日
4. 有効期間 自 年 月 日
至 年 月 日
5. その他 継続希望の場合は、 年1月末日までに更新の手続きを受付けます。
6. 不適合の理由 []

障害者雇用促進企業等登録取消通知書

年 月 日

様

出納局物品管理室長

年 月 日付け 物管第 号により物品調達に係る障害者雇用促進企業等の登録を要綱第6条の規定により取消します。