

障害者解雇届

① 事業所	名称					② 事業の種類			
	所在地	〒 (TEL)							
③ 労働者数	人	④ 障害者数	イ 常用雇用身体障害者の数	ロ 常用雇用知的障害者の数	ハ 精神障害がある者であって厚生労働省令で定める者の数	ニ 重度身体障害者である短時間労働者の数	ホ 重度知的障害者である短時間労働者の数	ヘ 精神障害者である短時間労働者の数	イ～への合計人数
			人	人	人	人	人	人	人
⑤解雇の対象となる労働者									
氏名				性別			年齢	歳	
住所							障害の種類	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <input type="checkbox"/> 身体障害者 <input type="checkbox"/> 知的障害者 <input type="checkbox"/> 精神障害がある者であって厚生労働省令で定める者 <input type="checkbox"/> 短時間重度身体障害者 <input type="checkbox"/> 短時間重度知的障害者 <input type="checkbox"/> 短時間精神障害者 </div>	
生年月日			雇用保険被保険者番号						
職種			雇入れ年月日	年 月 日					
解雇理由			解雇年月日	年 月 日		障害の程度	障害の等級・程度		
障害者の雇用の促進等に関する法律第 81 条の規定により、上記のとおり届けます。									
公共職業安定所長 殿							年 月 日		
事業所所在地 事業主代表者氏名 記名押印又は署名									

[注意]

- 1 ②欄には、当該事業所の事業の種類を日本標準産業分類の中分類により記載すること。
- 2 ③、④欄には、解雇後の状況を記載すること。
- 3 ⑤の「障害者の種類」欄には解雇の対象となる者の障害の部位等を記載するとともに、身体障害者、知的障害者、精神障害がある者であって厚生労働省令で定める者、短時間重度身体障害者(重度身体障害者である短時間労働者)、短時間重度知的障害者(重度知的障害者である短時間労働者)、短時間精神障害者(精神障害者である短時間労働者)のうち該当するものをチェックすること。
- 4 ④の「ハ 精神障害がある者であって厚生労働省令で定める者」欄及び⑤の「障害の種類」欄の「精神障害がある者であって厚生労働省令で定める者」については、①精神保健福祉法第 45 条第 2 項の規定により精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者又は②精神分裂病、そううつ病又はてんかんにかかっている者(①に該当する者を除く)であって、症状が安定し、就労が可能な状態にある者であって職場適応訓練の修了後当該職場適応訓練を委任された事業主に雇用されている者の数を記載すること。
- 5 ⑤の「障害の程度」欄には解雇の対象となる者の障害の等級等を記載すること。
- 6 事業主代表者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。