

# 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		④うち障害者数 (イ～への合計の人数)	イ 常時雇用 身体障害者の 数	ロ 身体障害 者である短時 間労働者の数	ハ 常時雇用 知的障害者の 数	ニ 知的障害 者である短時 間労働者の数	ホ 常時雇用 精神障害者の 数	ヘ 精神障害 者である短時 間労働者の数
解雇前		人	人	人	人	人	人	人
解雇後		人	人	人	人	人	人	人
⑤解雇の対象となる障害者								
氏名		性別		年齢		障害の 種類	〔 <input type="checkbox"/> 常時雇用身体障害者 <input type="checkbox"/> 短時間雇用身体障害者 <input type="checkbox"/> 常時雇用知的障害者 <input type="checkbox"/> 短時間雇用知的障害者 <input type="checkbox"/> 常時雇用精神障害者 <input type="checkbox"/> 短時間雇用精神障害者	
住所								
生年月日								
雇用保険被 保険者番号								
職 種		雇入れ 年月日						
解雇理由		解 雇 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。						年 月 日		
公共職業安定所長 殿								
事業所所在地								
事業主代表者氏名 記名押印又は署名								

〔注意〕

- 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。
- ③、④欄については、解雇前、解雇後の状況をそれぞれ記載すること。
- 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、常用雇用身体障害者、短時間雇用身体障害者、常用雇用知的障害者、短時間雇用知的障害者、常用雇用精神障害者、短時間雇用精神障害者のうち該当するものをチェックすること。
- ④のホ欄及び⑤の「障害の種類」欄の「精神障害者」については、
  - 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
  - 統合失調症、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、職場適応訓練の終了後当該職場適応訓練を委託された事業主に雇用されている  
数を記載すること。
- 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。
- 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。