令和　　年　　月　　日

障害者雇用状況変更報告書

※令和５年６月１日時点から②障害者雇用数に変更がない場合は提出の必要はありません。

※令和６年４月１日までに障害者を採用見込、障害者手帳取得予定があれば、通信欄に記入のうえ

ご提出ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 担当者名 |  |
| 電話番号 |  |
| 事業所番号 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 令和５年６月１日時点 | 報　　告　　日  令和　年　月　日 |
| **①算定基礎労働者数（人）**  　常用労働者を計上  　週30時間以上→1人  　週20時間以上30時間未満→0.5人 |  |  |
| **②障害者雇用数（カウント）**  　基本的には①と同様  　ただし、重度障害者はダブルカウント、  精神障害者は週20時間以上は1人 |  |  |
| **③実雇用率（％）**  　②÷①×100  （小数点以下第3位を四捨五入） |  |  |
| **④不足数（カウント）**  　①×2.3％（1人未満切捨て）－② |  |  |

|  |
| --- |
| 【通信欄】  　新規雇用者の採用日または新たに障害者手帳を取得したものの手帳取得日等をお知らせください。  　（例）令和5年10月1日　知的B　短時間1名採用  　　　　令和5年11月5日　身体１級手帳取得者1名  　　　　令和6年１月中旬　 精神保険福祉手帳3級取得見込1名  　　　　令和6年４月１日　 特別支援学校生徒採用見込1名 |