

1

障害者雇用納付金申告書

正

下記のとおり申告します。

独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構理事長 殿

① 事業主番号 (フリガナ) () 平成 年 月 日

② 県コード・職安コード () 第 号

③ (フリガナ) () 郵便番号 () 電話番号 ()

申告事業主 (法人のときは代表者の役職・氏名) (フリガナ) ()

(フリガナ) () (印)

代表者の役職 () (印)

区分	平成												合計	
	4年	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月		
(イ) 常用雇用労働者の総数	1	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
(ロ) 法定雇用障害者の数	2	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
(ハ) 法定雇用障害者の数 (ロ) × 1.8 / 100	3	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
(ニ) 身体障害者雇用納付金の算定基礎となる労働者の数	4	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
(ホ) 重度身体障害者の数	5	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
(ヘ) 重度知的障害者の数	6	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
(ヘ) 重度身体障害者以外	7	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
(ヘ) 重度知的障害者以外	8	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
(ヘ) 短時間労働者である	9	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
(ヘ) 短時間労働者である	10	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
(ロ) 合計 ((ロ) + (ハ) × 2 + (ニ) + (ホ) + (ヘ) + (ヘ) + (ヘ))	10	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人

④ 障害者雇用納付金の算定内訳

⑤ 納付すべき障害者雇用納付金の合計額 (A) (B) () × 50,000 円 = () 円

⑥ 延納の申請 (1) する (2) しない

⑦ 障害者雇用納付金の期別納付額内訳 (イ) 第 1 期 (ロ) 第 2 期 (ハ) 第 3 期 円

社会保険 労働士 記載欄 () (印)

作成年月日・提出代行者 氏名 (フリガナ) () (印)

所属組織名 氏名 (フリガナ) () (印)

記入担当者 () (印)

参考資料2

社) (事業団) 表面の「注意」をよく読んで記入して下さい。

※欄には記入しないで下さい。

