

# 障害者雇用調整金支給申請書

(正)

下記のとおり申請します。

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 )  
 (1) 住所 (法人のときまたは主たる事務所の所在地)  
 (2) 名称 (フリガナ)  
 (3) 氏名 (法人のときは代表者の職名・氏名)

② 障害者雇用調整金の支給先  
 支給先の選択  
 1 期事業主 2 特例子会社

③ 区 分  
 (1) 常用雇用労働者の総数  
 (2) 法定雇用障害者の数  
 (a) 重度身体障害者の数  
 (b) 重度知的障害者の数  
 (c) 重度身体障害者以外の身体障害者の数  
 (d) 重度知的障害者以外の知的障害者の数  
 (e) 短時間労働者である重度身体障害者の数  
 (f) 短時間労働者である重度知的障害者の数  
 (g) 合計  
 $((a) + (b)) \times 2 + (c) + (d) + (e) + (f)$

④ 障害者雇用調整金の額 (B) (A)  $\times$  27,000円 = \_\_\_\_\_ 円

⑤ 申請年月日・番号 (整理) ※

⑥ 事業主番号 (フリガナ) \_\_\_\_\_

⑦ 代表者の職名 (フリガナ) \_\_\_\_\_

⑧ 代表者の職名 (フリガナ) \_\_\_\_\_

⑨ 代表者の職名 (フリガナ) \_\_\_\_\_

注) (事業主等) 裏面の「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。

障害者雇用状況等報告書(Ⅰ) (正)

調整金申請用

① 事業主番号		平成												日					
2		年												算定基礎日					
事業所別連番		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	月	日	
事業所		8											合計		人	人			
事業名称		調整金申請用																	
事業所在地																			
② 事業主番号		1																	
③ 労働者の月別雇用状況		2																	
④ 労働者の月別雇用状況	(a) 常用雇用労働者の総数		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	合計	
	(b) 重度身体障害者の数		3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	合計
	(c) 重度知的障害者の数		4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	合計
	(d) 重度身体障害者以外の身体障害者の数		5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	合計
	(e) 重度知的障害者以外の知的障害者の数		6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	合計
	(f) 短時間労働者である重度身体障害者の数		7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	合計
	(g) 短時間労働者である重度知的障害者の数		8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	合計
	(h) 合計		9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	合計
	(i) ((a) + (b)) × 2 + (c) + (d) + (e) + (f)		9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	合計

注) (事業主様) 裏面の「注意」をよく読んで記入して下さい。

障害者雇用状況等報告書(Ⅱ)  
[ 常用雇用労働者用 ]



① 事業主番号	2				
② 事業所別連番	8		10		

③ 事業所名				(イ) 算定基礎日	日
④ 所在地					

調整金申請用

⑤ 氏名	⑥ 性別	⑦ 生年月日	⑧ 手帳番号	⑨ 身体障害者		⑩ 知的障害者		⑪ 雇入れ年月日	⑫ 年度内に身体障害者となった年月日	⑬ 年度内等級等変更年月日	⑭ 継続年月日	⑮ 雇出年月日
				(a) 確認	(b) 等級	(a) 確認	(b) 程度					
	男				級		重度					
	女				級		重度					
	男				級		重度					
	女				級		重度					
	男				級		重度					
	女				級		重度					
	男				級		重度					
	女				級		重度					
	男				級		重度					
	女				級		重度					
	男				級		重度					
	女				級		重度					
	男				級		重度					
	女				級		重度					
	男				級		重度					
	女				級		重度					
	男				級		重度					
	女				級		重度					
	男				級		重度					
	女				級		重度					
	男				級		重度					
	女				級		重度					
	男				級		重度					
	女				級		重度					

注) (事業主控) 裏面の「注意」をよく読んで記入して下さい。

障害者雇用状況等報告書(Ⅱ) [ 短時間労働者用 ]



この報告書には、短時間雇用の重度身体障害者及び重度知的障害者について記載してください。

Header information fields including ① 事業主番号, ② 事業所別連番, and ③ 事業所名称・所在地.

調整金申請用

Main data table with columns for employee name, sex, birth date, job start date, disability status, and dates of insurance status changes.

(注) (事業主控) 項面の「注意」をよく読んで記入して下さい。