

(第2号様式)
雇用状況確認表

1. 障害者雇用率

(年 月 日現在) (注1)

A 営業所等の名称		合 計				
B 常用 雇用 労働者 (注2)	① 短時間労働者 (注3)	人	人	人	人	人
	② 週所定労働時間が 30時間以上の労働者	人	人	人	人	人
	③ 常用雇用労働者数 計 (①×0.5+②)	人	人	人	人	人
C 常用 雇用 障害者	④ 重度の身体障害者及び 知的障害者数	人	人	人	人	人
	⑤ ④以外の身体障害者及び 知的障害者数	人	人	人	人	人
	⑥ 精神障害者数	人	人	人	人	人
	⑦ その他の障害者数 (注4)	人	人	人	人	人
	⑧ 常用雇用障害者数 計 (④×2+⑤+⑥+⑦)	人	人	人	人	人
D 短時間 雇用 障害者 (注5)	⑨ 重度の身体障害者及び 知的障害者数	人	人	人	人	人
	⑩ ⑨以外の身体障害者及び 知的障害者数	人	人	人	人	人
	⑪ 精神障害者数	人	人	人	人	人
	⑫ その他の障害者数(注4)	人	人	人	人	人
	⑬ 短時間雇用障害者数 計 (⑨+(⑩+⑪+⑫)×0.5)	人	人	人	人	人
E 雇用障害者数 合計 (⑧+⑬)	人	人	人	人	人	
F 障害者雇用率 (注6) (E/B×100)	%					

(注1) 融資申込日現在の状況を記入してください。

(注2) 常用雇用労働者とは、次に掲げる者をいいます。なお、常用雇用労働者には、短時間労働者及び短時間雇用障害者を含みます。

イ 雇用期間の定めなく雇用されている労働者

ロ 一定の雇用期間を定めて雇用される労働者であって、雇用期間が反復更新され、過去1年を超える期間について引き続き雇用されている労働者

ハ 雇入れの時から1年を超えて引き続き雇用されると見込まれる労働者

(注3) 短時間労働者とは、週所定労働時間が20時間以上30時間未満である常用雇用労働者をいいます。

(注4) その他の障害者とは、発達障害者、高次脳機能障害者、難病を有する者等をいいます。

(注5) 短時間雇用障害者とは、週所定労働時間が20時間以上30時間未満である常用雇用障害者をいいます。

(注6) 小数点以下第2位を切り捨てた数値を記入してください。

(注7) 記載欄が不足する場合には、別葉としてください。

