

物品調達における障害者多数雇用事業者認定申請書

年 月 日

広島県知事様

所在地 〒123-0000
東京都新宿区00-0
商号又は名称 株式会社 広島00
代表者名 代表取締役 広島一郎
電話番号 03-0000-0000
FAX番号 03-0000-0000

本社又は本店の情報を記入してください(物品競争入札参加資格と同じ内容となります)。

次のとおり物品調達における障害者多数雇用事業者の認定を受けたいので、申請します。
なお、この申請書及び添付書類の内容については、事実と相違ないことを誓約します。
また、障害者多数雇用事業者として、名簿の公表については異議ありません。

広島県のホームページ上で公表します。

1 契約種目	大分類	中分類	小分類
<p>物品競争入札参加資格審査申請書様式第3号の契約種目一覧表に記入したのについて記載してください。</p>	物品関係	用紙・文具・事務機器	用紙
		写真・写真用品	写真用品, 現像・プリント
		その他機械器具	建設用機器, 農林水産用機器
2 県内の事業所数	<p>県内の事業所数(本社, 本店を含む)を記入してください。</p> <p>2 事業所</p>		
3 営業地区(複数選択可)	<p>全県・広島・呉・芸北・東広島・尾三・福山・備北</p>		
4 県内事業所の雇用状況	<p>物品競争入札参加資格審査申請書様式第1号の「27 営業地区」に記入した営業地区を選択してください。</p>		
① 常用雇用労働者の数	<p>別紙様式第2号の「B③常用雇用労働者の数」を記載してください。</p>		→ 120人
② 雇用障害者数	<p>別紙様式第2号の「C⑮雇用障害者数合計」を記載してください。</p>		→ 13人
③ 障害者雇用率	<p>別紙様式第2号の「D 障害者雇用率」を記載してください。</p>		→ 10.8%

- (注1) 「1 契約種目」欄は、物品・委託役務競争入札参加資格審査申請書様式第3号の契約種目一覧表に記入したものについて記載してください。
- (注2) 「3 営業地区」欄は、物品・委託役務競争入札参加資格審査申請書に記載した営業地区を○で囲んでください。
- (注3) 「4 県内事業所の雇用状況」欄の①、②及び③については、別紙様式第2号のB③、C⑮及びDの数値をそれぞれ記載してください。

障害者を証する手帳などの添付は不要です。

障害者雇用状況計算書（申請用）

商号又は名称	本社、本店の情報を記入してください。
所在地	

申請日の前月初日の日付を記入してください。 → (令和 年 月 日現在)

区 分		合 計	事業所別の内訳				
A 県内の事業所(本店・支店・営業所等)の名称			広島営業所	福山営業所			
B 常用雇用労働者の数	① 常用雇用労働者の数 注1 (短時間労働者を除く) 注2	113 人	73 人	40 人			
	② 短時間労働者の数 注2	14 人	10 人	4 人			
	③ 常用雇用労働者の数 (①+②×0.5)	120 人	78 人	42 人			
C 雇用障害者数	(常用雇用労働者を除く) 注2	④ 重度身体障害者及び重度知的障害者の数	2 人	2 人	人		
		⑤ ④以外の身体障害者及び知的障害者の数	4 人	2 人	2 人		
		⑥ 精神障害者の数	1 人	人	1 人		
		⑦ その他の障害者の数 注3	1 人	1 人	人		
		⑧ 常用雇用労働者の数(短時間除く) (④×2+⑤+⑥+⑦)	10 人	7 人	3 人		
		短時間労働者 注2	⑨ 重度身体障害者及び重度知的障害者の数	1 人	1 人	人	人
			⑩ ⑨以外の身体障害者及び知的障害者の数	人	人	人	人
			⑪ 精神障害者のうち、 (注4)イ及びロに該当する者の数	1 人	1 人	人	人
	⑫「⑪」以外の精神障害者の数		1 人	人	1 人	人	
	⑬ その他の障害者の数 注3		1 人	人	1 人	人	
	⑭ 短時間労働者の数 (⑨+⑪+[⑩+⑫+⑬]×0.5)		3 人	2 人	1 人	人	
	⑮ 雇用障害者数合計(⑧+⑭)		13 人	9 人	4 人	人	
	D 障害者雇用率 注5 (⑭/③×100)	10.8%	小数点以下第2位を切り捨てた数を記入してください。				

・広島県内の事業所のみ記載してください。
・広島県内の事業所は全て記載してください。
・1事業所の場合でも合計欄、事業所別の内訳欄双方に記載してください。

43.5 人未満(事業主・役員を除く)の事業所のみ、事業主・役員が障害者の場合、常用雇用労働者数に事業主・役員数を加えることが可能です。

④の重度身体障害者・重度知的障害者数については2倍して計算してください。

⑩⑫⑬の障害者数には0.5を掛けて計算してください。

- (注1) 常用雇用労働者の数は、1週間の所定労働時間が20時間以上で、次のいずれかを満たす者の数を記入してください。
 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2) 短時間労働者とは、1週間の所定労働時間が、当該事業所に雇用する常用雇用労働者の1週間の所定労働時間に比べて短く、かつ、30時間未満である常用雇用労働者をいいます。
- (注3) 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4) イ 雇入れから3年以内の方 又は 精神障害者保健福祉手帳取得から3年以内の方
 ロ 令和5年3月31日までに雇入れられ、精神障害者保健福祉手帳を取得した方
- (注5) 小数点以下第2位を切り捨てた数を記入してください。
- (注6) 書ききれない場合は、別表としてください。

《記入担当者》

所属		連絡先	TEL		FAX	
氏名			E-mail			