

<別紙1>

●障害者台帳

雇用している全ての障害者の個々の状況について記載してください。

番号	区分	フリガナ 名前	障害の種別	障害の程度	採用年月日	週の勤務 日数	週の勤務 時間	雇用期間 (常用労働者以外で2か月以上 雇用の障害者の場合)	従事業務
1	<input type="checkbox"/> 常用雇用障害者 <input type="checkbox"/> 常用労働者以外で2か月以上雇用の障害者		<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神	<input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> その他	年 月 日	週 日	週 時間	年 月 日から 年 月 日まで	
2	<input type="checkbox"/> 常用雇用障害者 <input type="checkbox"/> 常用労働者以外で2か月以上雇用の障害者		<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神	<input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> その他	年 月 日	週 日	週 時間	年 月 日から 年 月 日まで	
3	<input type="checkbox"/> 常用雇用障害者 <input type="checkbox"/> 常用労働者以外で2か月以上雇用の障害者		<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神	<input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> その他	年 月 日	週 日	週 時間	年 月 日から 年 月 日まで	
4	<input type="checkbox"/> 常用雇用障害者 <input type="checkbox"/> 常用労働者以外で2か月以上雇用の障害者		<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神	<input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> その他	年 月 日	週 日	週 時間	年 月 日から 年 月 日まで	
5	<input type="checkbox"/> 常用雇用障害者 <input type="checkbox"/> 常用労働者以外で2か月以上雇用の障害者		<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神	<input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> その他	年 月 日	週 日	週 時間	年 月 日から 年 月 日まで	

※ 確認用資料として、雇用する障害者の障害者手帳の写し、雇用する障害者の雇用条件通知書等の採用年月日、雇用期間及び週の勤務時間が確認できるものを添付してください。

年6月1日現在において上記記載内容に相違ありません。

また、申請者（法人にあっては、代表者及び取締役）の配偶者及び3親等内の親族は、上記に含まれていません。

年 月 日

事業所名

役職名

代表者氏名