

障害者雇用状況報告書

大阪府知事 様

大阪府障害者等の雇用の促進等と就労の支援に関する条例第17条第1項の規定により、次のとおり報告します。

事業主	(ふりがな) 氏 名 〔法人にあっては、名称及び代表者の氏名〕	() Ⓢ (記名押印又は署名のいずれかとしてください。)	主たる事務所の所在地	〒 (TEL — —)	事業の種類	産業分類	事業所の数	
	特例子会社・関係会社・関係子会社又は特定事業主の別		特例子会社・関係会社・関係子会社・特定事業主 (該当するものに○を付ける。)					
会社名	(ふりがな) 名称及び代表者の氏名	() Ⓢ	主たる事務所の所在地	〒 (TEL — —)	事業の種類	産業分類	事業所の数	
	区 分		合 計	事業所別の内訳				
雇用状況	ア 雇用保険適用事業所番号	/	— —	— —	— —	— —	— —	
	イ 事業所の名称							
	ウ 事業所の所在地							
	エ 事業の内容							
	オ 除外率			%	%	%	%	%
	カ 常用雇用労働者の数							
	(ア) 常用雇用労働者の数 (短時間労働者を除く)	人	人	人	人	人	人	
	(イ) 短時間労働者の数	人	人	人	人	人	人	
	(ウ) 常用雇用労働者の数 ((ア)+(イ)×0.5)	人	人	人	人	人	人	
	(エ) 法定雇用障害者数の算定の基礎となる労働者の数	人	人	人	人	人	人	
	キ 常用雇用身体障害者、知的障害者及び精神障害者の数							
	(オ) 重度身体障害者の数	人	人	人	人	人	人	
	(カ) 重度身体障害者以外の身体障害者の数	人	人	人	人	人	人	
	(キ) 重度身体障害者である短時間労働者の数	人	人	人	人	人	人	
	(ク) 重度身体障害者以外の身体障害者である短時間労働者の数	人	人	人	人	人	人	
	(ケ) 身体障害者の数 ((オ)×2+(カ)+(キ)+(ク)×0.5)	人	人	人	人	人	人	
	(コ) 重度知的障害者の数	人	人	人	人	人	人	
	(サ) 重度知的障害者以外の知的障害者の数	人	人	人	人	人	人	
	(シ) 重度知的障害者である短時間労働者の数	人	人	人	人	人	人	
	(ス) 重度知的障害者以外の知的障害者である短時間労働者の数	人	人	人	人	人	人	
	(セ) 知的障害者の数 ((コ)×2+(サ)+(シ)+(ス)×0.5)	人	人	人	人	人	人	
	(ソ) 精神障害者の数	人	人	人	人	人	人	
	(タ) 精神障害者である短時間労働者の数	人	人	人	人	人	人	
	(チ) (タ)のうち注に該当する者の数	人	人	人	人	人	人	
	(ツ) 精神障害者の数 ((ソ)+((タ)-(チ))×0.5+(チ))	人	人	人	人	人	人	
	ク 計(キの(ケ)+キの(セ)+キの(ツ))	人	人	人	人	人	人	
	ケ 実雇用率(ク÷カの(エ)×100)	%						
	コ 身体障害者、知的障害者又は精神障害者の不足数 (カの(エ)×法定雇用率-ク)	人						
障害者雇用推進者	役職名	氏名	記入担当者	所属部課名	氏名			

注: 精神障害者である短時間労働者であって、当該報告の日の直前の6月1日現在において次のいずれにも該当する者

- ア 雇入れの日又は精神障害者保健福祉手帳の取得の日から3年以内の者
- イ 令和5年3月31日までに、雇い入れられ、又は精神障害者保健福祉手帳を取得した者