

障害者雇用状況報告書

年 月 日

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。

親 事 業 主	(ふりがな) 名 称 及 び 代 表 者 の 氏 名	() ④ (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 — —)

雇 用 の 状 況	区 分	合 計	事 業 主 ご と の 内 訳				
	ア	雇用保険適用事業所番号	/	—	—	—	—
イ	親事業主・特例子会社・関係会社・特定事業主の別						
ウ	名称及び代表者の氏名						
エ	主たる事務所の所在地						
オ	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
カ	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	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	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 ()
キ	計(カの(ケ)+カの(セ)+カ の(ツ))	人 ()	人 ()	人 ()	人 ()	人 ()	人 ()
ク	実雇用率 (キ÷オの(エ)×100)	%	/				
ケ	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-キ)	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