

進ちよく状況報告書 記入例 (事業主全体)

常用雇用労働者及び障害者の数の算定について

・「雇入れ計画の実施状況」欄の「雇入れ予定数」各欄については、『障害者雇入れ計画書』の「雇入れ予定数」欄に記載された数値を記載して下さい。

「ウ」欄の「雇入れ実績」欄には、計画1期の雇入れ実績を記入して下さい。また、雇入れだけでなく、手帳取得、フルタイムへの変更、「重度」への変更等についても記入して下さい。合計欄にも同数を記載して下さい。

◆「常用雇用労働者」の総数の算定
常用雇用労働者の総数は、“常用雇用労働者数(週所定労働時間30時間以上の者)”+“短時間労働者数(週所定労働時間20時間以上30時間未満の者)”×0.5となります。

◆「障害者」の数の算定
・重度身体障害者又は重度知的障害者
…1人を2人として算定
・重度身体障害者以外の身体障害者又は重度知的障害者以外の知的障害者
…1人を1人として算定
・精神障害者 …1人を1人として算定
・重度身体障害者又は重度知的障害者である短時間労働者
…1人を1人として算定

・重度身体障害者以外の身体障害者又は重度知的障害者以外の知的障害者である短時間労働者 …1人を0.5人として算定
・精神障害者である短時間労働者 …1人を0.5人として算定
ただし、精神障害者である短時間労働者であって、各基準日(調査期日、計画1期末、最終期末)時点で次のいずれにも該当する者 …1人を1人として算定

① 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
② 令和5年3月31日までに、雇い入れられ、又は精神保健福祉手帳を取得した者

様式第4号その1(第7条関係)

大阪府知事 様		障害者雇入れ計画の進捗状況報告書					令和4年4月20日	
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20条第1項の規定により、次のとおり報告します。								
事業主	住所 (法人にあつては、主たる事業所の所在地)	〒540-0000 (電話番号) 06-0000-0000 おおさかふおおさかしちゅうおうく****ちゅう 大阪府大阪市中央区〇〇町〇-〇-〇		(事業の種類) 建設業		計画の始期及び終期		雇入れを予定する事業所の数
	名称 (法人にあつては、代表者の氏名)	****かぶしがいしや 〇〇株式会社		事業所の数	2	始期	令和3年4月1日	
	氏名	だいひょうとりしまりやく **** たろう 代表取締役 〇〇 太郎				終期	令和5年3月31日	
区 分	雇用の状況 調査期日 (3年3月1日)	雇入れ計画の実施状況 計画1期 始期~ 4.3.31 (4.3.31現在)		計画最終期 4.4.1~ 5.3.31	合 計		備 考	
ア	常用雇用労働者の総数	① 180.0人	雇入れ予定数 5.0人	雇入れ実績 ② 7.0人	雇入れ予定数 5.0人	雇入れ予定数 10.0人	雇入れ実績 7.0人	ア 常用雇用労働者の離職 ③ 2.0人
イ	法定雇用障害者数算定の基礎となる労働者の数	144.0人						ウ(イ) 重度以外の身体障害者1.0人 自己都合退職 (R3.8.31)
ウ	アのうち身体障害者、知的障害者及び精神障害者の数							離職があつた場合は、備考欄に、計画1期の離職実績を記載して下さい。
	(ア) 重度身体障害者である労働者の数	0.0人		0.0人		0.0人		
	(イ) 重度身体障害者以外の身体障害者である労働者の数	1.0人		0.0人		0.0人		
	(ウ) 重度身体障害者である短時間労働者の数	0.0人		0.0人		0.0人		
	(エ) 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	0.0人		0.0人		0.0人		
	(オ) 身体障害者の数((ア)×2+(イ)+(ウ)+(エ)×0.5)	1.0人		0.0人		0.0人		
	(カ) 重度知的障害者である労働者の数	0.0人		0.0人		0.0人		
(キ) 重度知的障害者以外の知的障害者である労働者の数	0.0人		0.0人		0.0人			
(ク) 重度知的障害者である短時間労働者の数	0.0人		0.0人		0.0人			
(ケ) 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	0.0人		1.0人		1.0人			
(コ) 知的障害者の数((カ)×2+(キ)+(ク)+(ケ)×0.5)	0.0人		0.5人		0.5人			
(サ) 精神障害者である労働者の数	0.0人		1.0人		1.0人			
(シ) 精神障害者である短時間労働者の数	0.0人		0.0人		0.0人			
(ス) (シ)のうち注に該当する者の数	0.0人		0.0人		0.0人			
(セ) 精神障害者の数((サ)+(シ)-(ス)×0.5+(ス))	0.0人		1.0人		1.0人			
エ	計 (ウの(オ)+ウの(コ)+ウの(セ))	1.0人	1.0人	1.5人	1.0人	2.0人	1.5人	
オ	実雇用率(エ÷イ×100)	0.69%						
カ	身体障害者、知的障害者又は精神障害者の不足数	2.0人						
備考								

注: 精神障害者である短時間労働者であつて、調査期日、計画1期又は計画最終期の末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

・「キ」欄は右の『常用雇用労働者及び障害者の数の算定について』を参照のうえ計画1期末における常用雇用労働者の総数を記載して下さい。
キ=①+②-③

・「ク」欄は、障害者の雇用の促進等に関する法律施行規則別表第4の除外率設定業種に掲げる業種に該当する事業所がある場合には、事業所ごとに「除外する常用雇用労働者の数」を算出し(1人未満の端数は切り捨て)、その数を「キ」欄の数から控除した数を記載して下さい。
除外率が設定されている事業所がない場合は、「キ」欄と同数となります。

・「コ」欄には、「ク」欄の数に障害者雇用率100分の2.3(障害者の雇用の促進等に関する法律施行令別表第2に掲げる特殊法人にあつては、100分の2.6)を乗じて得た数(1人未満の端数は切り捨てる)から「ケ」欄の数を控除した数を記載して下さい。なおその数が0を下回っている場合には、0と記載して下さい。

・「雇用の状況」欄については、『障害者雇入れ計画書』の「計画の基礎とする雇用状況」欄に記載の内容を基に記載して下さい。

・「ア」欄の「雇入れ実績」欄には、常用雇用労働者の雇入れ実績数を記載して下さい。

・各欄の数値は、「オ」を除き、小数点以下第1位まで記載して下さい。
・「オ」欄の実雇用率は、小数点以下第3位を四捨五入した数を記載して下さい。

進ちよく状況報告書 記入例(事業所1)

☆雇入れ計画を作成した事業所ごとに作成して下さい。
 ☆記入方法は、「進ちよく状況報告書 記入例(事業主全体)」を参考に
 して下さい。
 ☆事業主の名称の後に、事業所名を記載して下さい。

様式第4号その2(第7条関係)

障害者雇入れ計画の進捗状況報告書(事業所用)		令和4年4月20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20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) 住所(事業所の所在地)	〒540-0000 (電話番号) 072-0000-0000 おおさかふいばらきし****ちよう 大阪府茨木市〇〇町〇-〇-〇
	(ふりがな) 名称	****かぶしきがいしや おおさかしてん 〇〇株式会社 大阪支店
	(ふりがな) 氏名 (法人にあつては、代表者の氏名)	だいひょうとりしまりやく **** * 代表取締役 〇〇 〇〇
(事業の種類) 〇〇業		
雇入れ計画の実施状況		
区	分	備考
		計画1期 始期～ 4.3.31 (4.3.31現在)
		計画最終期 4.4.1～ 5.3.31
		計
		雇入れ 予定数
		雇入れ 実績
		雇入れ 予定数
		雇入れ 実績
ア 常用雇用労働者の総数		1.0人
		1.0人
		1.0人
		2.0人
		1.0人
イ アの うち身 体障害 者、知 的障害 者及び 精神障 害者の 数	(ア) 重度身体障害者である労働者の数	0.0人
	(イ) 重度身体障害者以外の身体障害者である労働者の数	0.0人
	(ウ) 重度身体障害者である短時間労働者の数	0.0人
	(エ) 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	0.0人
	(オ) 身体障害者の数((ア)×2+(イ)+(ウ)+(エ)×0.5)	0.0人
	(カ) 重度知的障害者である労働者の数	0.0人
	(キ) 重度知的障害者以外の知的障害者である労働者の数	0.0人
	(ク) 重度知的障害者である短時間労働者の数	0.0人
	(ケ) 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	1.0人
	(コ) 知的障害者の数((カ)×2+(キ)+(ク)+(ケ)×0.5)	0.5人
(サ) 精神障害者である労働者の数	0.0人	
(シ) 精神障害者である短時間労働者の数	0.0人	
(ス) (シ)のうち注に該当する者の数	0.0人	
(セ) 精神障害者の数((サ)+(シ)-(ス)×0.5+(ス))	0.0人	
ウ 計(イの(オ)+イの(コ)+イの(セ))		0.0人
		0.5人
		1.0人
		1.0人
		0.5人
備考 常用雇用労働者数 51人 算定基礎労働者数 51人		

注: 精神障害者である短時間労働者であつて、計画1期又は計画最終期の末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

☆備考欄には雇入れ計画を作成した大阪府内の事業所における計画1期末時点の常用雇用労働者数、算定基礎労働者数を記載して下さい。