障害者雇用状況についての申立書

　　年　　月　　日

（あて先）

仙台市長

団 体 名

　所 在 地

代表者氏名

仙台市市民活動サポートセンターの指定管理者の申請に際し，下記のとおり申し立てます。

記

申請日現在

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 労働者数 | | ① 常用雇用労働者の数（短時間労働者を除く） | | 人 |
| ② 短時間労働者の数 | | 人 |
| ③ 合　　　計（①＋②×0.5） | | 人 |
| 障 害 者 の 雇 用 状 況 | ④ 常用雇用  　 障害者数 | | ア　重度の身体障害者数及び知的障害者数 | 人 |
| イ　ア以外の身体障害者数及び知的障害者数 | 人 |
| ウ　精神障害者数 | 人 |
| ⑤ 短時間雇用  障害者数 | | エ　重度の身体障害者数及び知的障害者数 | 人 |
| オ　エ以外の身体障害者数及び知的障害者数 | 人 |
| カ　精神障害者数 | 人 |
| ⑥ 合　　　計 | | （ア×2）＋イ＋ウ＋エ＋（オ×0.5）＋（カ×0.5） | 人 |
| 障害者雇用率（％） | | | ⑥／③×100（少数点以下第3位を四捨五入） | ％ |

　　※障害者雇用義務のない団体で，障害者を雇用している場合に提出して下さい。

　　※常　用：1週間の所定労働時間が30時間以上

短時間：1週間の所定労働時間が20時間以上30時間