

# 障害者雇用状況調べ

令和 年 月 日

田 辺 市 長 あて

所 在 地 \_\_\_\_\_

商 号 又 は 名 称 \_\_\_\_\_

代 表 者 職 氏 名 \_\_\_\_\_

下記事項について、相違ありません。

記

雇用している障害者の人数 \_\_\_\_\_ 人

所有している手帳	身体障害者手帳			療育手帳		精神障害者保健福祉手帳		
手帳に記載している 障害の等級又は程度	1級	2級	3級	A1	A2	1級 2級 3級		
	4級	5級	6級	B1	B2			
社会保険加入の有無	有			無				
雇用保険加入の有無	有			無				
役 職 等	<個人の場合>							
	事業主		従業員					
	<法人の場合>							
	役員(代表者)		役員(代表者以外)		従業員			
主たる従事場所	主に現場			主に事務所内				

\* 該当するものに印を付けてください。

\* 上記の表は、一人一人の状況を記載してください。障害者の方を2名以上雇用されている場合は、別紙に記載してください。

\* この書類は、市内建設業者の入札参加資格審査の基礎資料として利用する以外、他の目的には利用いたしません。

別紙

所有している手帳	身体障害者手帳			療育手帳		精神障害者保健福祉手帳		
手帳に記載している障害の等級又は程度	1級	2級	3級	A1	A2	1級	2級	3級
	4級	5級	6級	B1	B2			
社会保険加入の有無	有			無				
雇用保険加入の有無	有			無				
役職等	<個人の場合>							
	事業主			従業員				
	<法人の場合>							
	役員(代表者)			役員(代表者以外)		従業員		
主たる従事場所	主に現場			主に事務所内				

所有している手帳	身体障害者手帳			療育手帳		精神障害者保健福祉手帳		
手帳に記載している障害の等級又は程度	1級	2級	3級	A1	A2	1級	2級	3級
	4級	5級	6級	B1	B2			
社会保険加入の有無	有			無				
雇用保険加入の有無	有			無				
役職等	<個人の場合>							
	事業主			従業員				
	<法人の場合>							
	役員(代表者)			役員(代表者以外)		従業員		
主たる従事場所	主に現場			主に事務所内				