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 4級　5級　6級	A1　A2 B1　B2	1級　2級　3級
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。

＊ 常勤性が確認できる書面の写し(雇用保険証、健康保険・厚生年金保険被保険者標準報酬決定通知書、源泉徴収簿等の写しのうちいずれか1つ)を添付してください。なお、健康保険被保険者証、健康保険資格確認書及び資格情報のお知らせは、常勤性確認書類として使用できません。

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 4級　5級　6級	A1　A2 B1　B2	1級　2級　3級
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 4級　5級　6級	A1　A2 B1　B2	1級　2級　3級
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		