

障害者就労施設等、障害者雇用努力企業及び母子・父子福祉団体からの物品等調達に関する取扱要領 新旧対照表

| 新 | 旧 |
|---|--|
| <p>障害者就労施設等、障害者雇用努力企業及び母子・父子福祉団体からの物品等調達に関する取扱要領 第1～第8 (略)</p> <p>附 則 この要領は、平成13年12月25日から施行する。</p> <p>附 則 この要領は、平成17年1月1日から施行する。</p> <p>附 則 この要領は、平成17年7月12日から施行する。</p> <p>附 則 この要領は、平成17年10月15日から施行する。</p> <p>附 則 この要領は、平成18年10月1日から施行する。</p> <p>附 則 この要領は、平成20年4月1日から施行する。</p> <p>附 則 この要領は、平成21年4月1日から施行する。</p> <p>附 則 この要領は、平成22年7月1日から施行する。</p> <p>附 則 この要領は、平成26年3月1日から施行する。</p> <p>附 則 この要領は、平成29年4月1日から施行する。</p> <p>附 則 この要領は、平成30年4月1日から施行する。</p> <p>附 則 この要領は、令和2年1月14日から施行する。</p> <p>附 則 この要領は、令和4年1月21日から施行する。</p> <p>附 則 この要領は、令和4年12月21日から施行する。</p> <p>附 則 この要領は、令和7年1月6日から施行する。</p> <p>別記第1号様式～別記第3号様式 (略)</p> | <p>障害者就労施設等、障害者雇用努力企業及び母子・父子福祉団体からの物品等調達に関する取扱要領 第1～第8 (略)</p> <p>附 則 この要領は、平成13年12月25日から施行する。</p> <p>附 則 この要領は、平成17年1月1日から施行する。</p> <p>附 則 この要領は、平成17年7月12日から施行する。</p> <p>附 則 この要領は、平成17年10月15日から施行する。</p> <p>附 則 この要領は、平成18年10月1日から施行する。</p> <p>附 則 この要領は、平成20年4月1日から施行する。</p> <p>附 則 この要領は、平成21年4月1日から施行する。</p> <p>附 則 この要領は、平成22年7月1日から施行する。</p> <p>附 則 この要領は、平成26年3月1日から施行する。</p> <p>附 則 この要領は、平成29年4月1日から施行する。</p> <p>附 則 この要領は、平成30年4月1日から施行する。</p> <p>附 則 この要領は、令和2年1月14日から施行する。</p> <p>附 則 この要領は、令和4年1月21日から施行する。</p> <p>附 則 この要領は、令和4年12月21日から施行する。</p> <p>別記第1号様式～別記第3号様式 (略)</p> |

障害者雇用努力企業認定申請書

年 月 日

岐阜県知事 様

所在地

会社名

代表者氏名

障害者就労施設等、障害者雇用努力企業及び母子・父子福祉団体からの物品等調達に関する取扱要領第3条第2項に基づき、次のとおり申請します。なお、この申請書及び添付資料の内容については、事実と相違ないことを宣誓します。

| | | |
|-------------------|--------------|--------------------|
| ① 担当者 | (ア)本・支店名 | |
| | (イ)所在地・郵便番号 | 〒 — |
| | (ウ)部署・職・氏名 | |
| | (エ)TEL・FAX | TEL() — ・FAX() — |
| | (オ)メールアドレス | |
| ② 会社概要 | (カ)営業種目 | |
| | (キ)資本金・出資総額 | 千円 |
| | (ク)入札参加資格者番号 | |
| ③ 登録物品 又は役務 | 物品・役務名（複数可） | |

<添付資料>

- (1)定款（個人事業主は除く。）
- (2)会社概要（パンフレット等）
- (3)登録物品・役務概要（パンフレット・写真等）
- (4)身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳の写し
※手帳の写しの提出にあたっては、利用目的を明らかにしたうえで、ご本人の同意を得てください。

障害者雇用努力企業認定申請書

年 月 日

岐阜県知事 様

所在地

会社名

代表者氏名

障害者就労施設等、障害者雇用努力企業及び母子・父子福祉団体からの物品等調達に関する取扱要領第3条第2項に基づき、次のとおり申請します。なお、この申請書及び添付資料の内容については、事実と相違ないことを宣誓します。

| | | |
|-------------------|--------------|--------------------|
| ① 担当者 | (ア)本・支店名 | |
| | (イ)所在地・郵便番号 | 〒 — |
| | (ウ)部署・職・氏名 | |
| | (エ)TEL・FAX | TEL() — ・FAX() — |
| | (オ)メールアドレス | |
| ② 会社概要 | (カ)営業種目 | |
| | (キ)資本金・出資総額 | 千円 |
| | (ク)入札参加資格者番号 | |
| ③ 登録物品 又は役務 | 物品・役務名（複数可） | |

<添付資料>

- (1)定款（個人事業主は除く。）
- (2)会社概要（パンフレット等）
- (3)登録物品・役務概要（パンフレット・写真等）
- (4)身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳の写し
※手帳の写しの提出にあたっては、利用目的を明らかにしたうえで、ご本人の同意を得てください。

(5)申請時に就業している場合…雇用保険被保険者資格取得時に公共職業安定所から交付される「雇用保険被保険者資格喪失届・氏名変更届」(公共職業安定所において印字されたもの。)又は雇用保険被保険者資格取得等確認通知書(事業主通知用)の写し

申請時に離職している場合…雇用保険被保険者資格喪失時に公共職業安定所から交付される「雇用保険被保険者資格喪失確認通知書(事業主通知用)」(公共職業安定所において印字されたもの。)の写し

(6)県税の納税証明書(全ての県税に未納の徴収金がないことを証する書類)

④障害者雇用実績計算書

| 障害者雇用数 算定年月 (前年1月~12月) | A 常用雇用労働者 数 + (短時間労働者 数×1/2) ※1 | B Aの4%の数 〔A×4%〕 小数点以下の端 数については、下 記※2による。 | 障害者の雇用状況 | | | | G 合計 (C×2+D+E+ 1/2F) |
|------------------------------|---|---|-----------------------|---------------------------|-----------------------|---------------------------|-------------------------------|
| | | | 常用 | | 短時間 | | |
| | | | C 重度の身体・知的 障害者数 | D C以外の身体・知 的・精神障害者数 | E 重度の身体・知的 障害者数 | F E以外の身体・知 的・精神障害者数 | |
| 年 | 1月 | | | | | | |
| | 2月 | | | | | | |
| | 3月 | | | | | | |
| | 4月 | | | | | | |
| | 5月 | | | | | | |
| | 6月 | | | | | | |
| | 7月 | | | | | | |
| | 8月 | | | | | | |
| | 9月 | | | | | | |
| | 10月 | | | | | | |
| | 11月 | | | | | | |
| | 12月 | | | | | | |
| 合 計 | | | | | | | |

(5)申請時に就業している場合…雇用保険被保険者資格取得時に公共職業安定所から交付される「雇用保険被保険者資格喪失届・氏名変更届」(公共職業安定所において印字されたもの。)の写し

申請時に離職している場合…雇用保険被保険者資格喪失時に公共職業安定所から交付される「雇用保険被保険者資格喪失確認通知書(事業主通知用)」(公共職業安定所において印字されたもの。)の写し

(6)県税の納税証明書(全ての県税に未納の徴収金がないことを証する書類)

④障害者雇用実績計算書

| 障害者雇用数 算定年月 (前年1月~12月) | A 常用雇用労働者 数 + (短時間労働者 数×1/2) ※1 | B Aの4%の数 〔A×4%〕 小数点以下の端 数については、下 記※2による。 | 障害者の雇用状況 | | | | G 合計 (C×2+D+E+ 1/2F) |
|------------------------------|---|---|-----------------------|---------------------------|-----------------------|---------------------------|-------------------------------|
| | | | 常用 | | 短時間 | | |
| | | | C 重度の身体・知的 障害者数 | D C以外の身体・知 的・精神障害者数 | E 重度の身体・知的 障害者数 | F E以外の身体・知 的・精神障害者数 | |
| 年 | 1月 | | | | | | |
| | 2月 | | | | | | |
| | 3月 | | | | | | |
| | 4月 | | | | | | |
| | 5月 | | | | | | |
| | 6月 | | | | | | |
| | 7月 | | | | | | |
| | 8月 | | | | | | |
| | 9月 | | | | | | |
| | 10月 | | | | | | |
| | 11月 | | | | | | |
| | 12月 | | | | | | |
| 合 計 | | | | | | | |

<備 考>

- **常用雇用労働者とは**…「雇用期間の定めがなく雇用されている労働者」及び「一定の雇用期間を定めて雇用されている労働者であって、雇用期間が反復更新され、過去1年を超える期間について引き続き雇用されている労働者又は雇入れの時から1年を超えて引き続き雇用されると見込まれる労働者」。
 - **短時間労働者とは**…1週間の所定労働時間が当該事業主の事業所に雇用する通常の労働者の1週間の所定労働時間と比べて短く、かつ20時間以上30時間未満である常用雇用労働者。
- ※1 除外率が適用される事業所においては枠内の上段に常用雇用労働者数+短時間労働者数×1/2を記載し、下段に除外率相当常用雇用者数を控除した数を記載してください。
- ※2 全常用雇用労働者数25人未満の企業または全常用雇用労働者数が40人以上49.5人以下の企業において、その数に1人未満の端数がある場合は、端数を切り上げる。全常用雇用労働者数が25人以上40人未満の企業または全常用雇用労働者数が49.5人を超える企業において、その数に1人未満の端数がある場合は、その端数を切り捨てる。
- 重度身体障害者又は重度知的障害者については、それぞれの1人の雇用をもって、2人の身体障害者又は知的障害者を雇用しているものとみなされます。
 - 短時間労働者は、重度身体障害者又は重度知的障害者については、それぞれ1人の身体障害者又は知的障害者を雇用しているものとみなされます。なお、身体障害者、知的障害者、精神障害者のうち短時間労働者は、0.5人とみなします。

※本申請書及び添付資料の個人情報については、審査・認定業務等のために使用し、岐阜県個人情報保護条例に基づき、適正に管理いたします。

別記第5号様式～別記第8号様式 (略)

<備 考>

- **常用雇用労働者とは**…「雇用期間の定めがなく雇用されている労働者」及び「一定の雇用期間を定めて雇用されている労働者であって、雇用期間が反復更新され、過去1年を超える期間について引き続き雇用されている労働者又は雇入れの時から1年を超えて引き続き雇用されると見込まれる労働者」。
 - **短時間労働者とは**…1週間の所定労働時間が当該事業主の事業所に雇用する通常の労働者の1週間の所定労働時間と比べて短く、かつ20時間以上30時間未満である常用雇用労働者。
- ※1 除外率が適用される事業所においては枠内の上段に常用雇用労働者数+短時間労働者数×1/2を記載し、下段に除外率相当常用雇用者数を控除した数を記載してください。
- ※2 全常用雇用労働者数25人未満の企業または全常用雇用労働者数が43.5人以上49.5人以下の企業において、その数に1人未満の端数がある場合は、端数を切り上げる。全常用雇用労働者数が25人以上43.5人未満の企業または全常用雇用労働者数が49.5人を超える企業において、その数に1人未満の端数がある場合は、その端数を切り捨てる。
- 重度身体障害者又は重度知的障害者については、それぞれの1人の雇用をもって、2人の身体障害者又は知的障害者を雇用しているものとみなされます。
 - 短時間労働者は、重度身体障害者又は重度知的障害者については、それぞれ1人の身体障害者又は知的障害者を雇用しているものとみなされます。なお、身体障害者、知的障害者、精神障害者のうち短時間労働者は、0.5人とみなします。

※本申請書及び添付資料の個人情報については、審査・認定業務等のために使用し、岐阜県個人情報保護条例に基づき、適正に管理いたします。

別記第5号様式～別記第8号様式 (略)