

障がい者雇用チェックシート

(黄色いセルに記入してください。)

工事番号		工事名	
会社名			

項目		入札公告日現在の 数値			説明
雇用 状況 の 全 体 の	A	常用労働者数 (週30時間以上)		人	1 各雇用者数は、 入札参加者名簿に記載してある人数 を記入してください。
	B	短時間労働者数 (週20時間以上30時間未満)		人	
	C	計 $A + (B \times 0.5)$		人	自動計算
除外率 (建設業)			20	%	(1) 入札公告日現在 において、期間 の定めなく雇用されている者、又 は採用の時から1年以上雇用さ れると見込まれる者
基礎となる常用雇用労働者数 $C - (C \times \text{除外率})$ ① <small>ただし、(C×除外率)は小数点以下切り捨て</small>				人	(2) 一定期間(例えば、1ヶ月、6ヶ 月等)を定めて雇用されている 者で、その雇用期間が反覆雇用 されて事実上(1)と同等と認めら れる場合)
障がい者雇用 状況	常用 雇用 障がい者 数	D	重度身体障がい者及び 知的障がい者数	人	(3) 日々雇用される場合で、雇用契 約が日々更新され、事実上(1)と 同等と認められる場合(具体的 には(2)と同様)
		E	重度以外の身体障がい者及び 知的障がい者数	人	
		F	精神障がい者数	人	
		G	計 $(D \times 2) + E + F$	人	自動計算
	短時間 雇用 障がい者 数	H	重度身体障がい者及び 知的障がい者数	人	3 短時間労働者及び短時間雇用障がい者 とは、1週間の所定労働時間が20時間 以上30時間未満の1年以上引き続き雇用 されている者、又は1年以上雇用される ことが見込まれる者。
		I	重度以外の身体障がい者及び 知的障がい者数	人	
		J1	精神障がい者数	人	D、H欄 原則として身体障害者手帳の等 級が 1級又は2級とされた方 及 び児童相談所、障害者職業セン ター等により知的障がい者と判 定された者のうち、知的障がい の程度が重いと判定された者
J2	精神障がい者数 ※雇用開始から3年以内または、「精神 障がい者保健福祉手帳」の交付から3年 以内(いずれも入札公告日基準)	人			
K	計 $H + (I \times 0.5) + (J1 \times 0.5) + J2$	人	自動計算	E、I欄 原則として、身体障害者手帳の 等級が 3級から6級とされた方 及 び児童相談所、障害者職業セン ター等により知的障がい者と判 定された者のうち、知的障がい の程度が軽いと判定された者	
合計 $(G + K)$ ②				人	自動計算
障がい者雇用率 ② / ①				%	自動計算

※ 下記障がい者雇用率は、法定雇用率2.2%以上(平成30年4月1日改定)の場合に評価の対象となります。

注： 1 このチェックシートを提出する際には、「身体障害者手帳」(写し)により記載内容の確認を受けてください。

注： 2 障がい者雇用率計算を確認するため、雇用している方の氏名を下記の該当欄に記入してください。

注： 3 雇用条件確認のため、労働条件通知書等及び雇用保険被保険者資格取得等確認通知書等を一緒に提出してください。

常用雇用障がい者の氏名記入欄

氏名記入欄

D	重度身体障がい者及び知的障がい者の氏名	
E	重度以外の身体障がい者及び知的障がい者の氏名	
F	精神障がい者の氏名	

短時間雇用障がい者の氏名記入欄

氏名記入欄

H	重度身体障がい者及び知的障がい者の氏名	
I	重度以外の身体障がい者及び知的障がい者の氏名	
J1	精神障がい者の氏名	
J2	精神障がい者の氏名 ※雇用開始から3年以内または、「精神障がい者保健福祉手帳」の交付から3年以内(いずれも入札公告日基準)	