

障害者雇用状況票

No.	氏 名	雇用開始日	雇用形態	障害種別	障害程度
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			

※雇用形態は「常用」「短時間」、障害種別は「身体」「知的」「精神」、障害程度は等級などを記入してください。

※身体障害者手帳、療育手帳、精神保健福祉手帳又は障害種別及び障害程度を証明するものの写し及び雇用保険に係る事業所別被保険者台帳の写しを添付してください。