第１号様式（第４条関係）

上越市障害者多数雇用事業者登録申請書

年　　月　　日

（宛先）上越市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所（所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名（代表者名）

次のとおり障害者多数雇用事業者の登録を申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所又は法人の状況 | 事業所の名称又は本店の名称 |  |
| 事業主の氏名又は法人の代表者の氏名 |  |
| 所在地 | 〒　　　－ |
| 電話番号及びＦＡＸ番号 | 電話番号　（ 　 ） 　 －  ＦＡＸ番号（ 　 ）　 － |
| 事業概要 | 営業種目 |  |
| 資本額・出資総額 | 千円 |
| 物品入札参加資格者番号 |  |
| 登録を希望する物品等 | 物品その他の財産又は役務の種類 |  |
|  |
|  |
| 担当者 | 部署 |  |
| 職及び氏名 |  |

（上越市暴力団の排除の推進に関する条例に基づく暴力団の排除のための誓約）

　⑴　暴力団の活動において障害者多数雇用事業者の登録を受けるものではありません。

　⑵　障害者多数雇用事業者の登録により暴力団に対し利益を供与することはありません。

⑶　⑴又は⑵に反する場合は、この申請を却下され、又は障害者多数雇用事業者の登録を取り消されることを承諾します。

　□　上記について誓約します。（□にレ点を記入してください。）

（裏面）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 障害者雇用実績計算書 | | | | | | | | |
| 障害者雇用数算定年月  （申請日の属する日から起算して１年間） | | Ａ  常用労働者数 | 障害者の雇用状況 | | | | | |
| 常　用 | | 短時間 | | Ｆ  障害者数  （Ｂ×２＋Ｃ＋Ｄ＋  １/２Ｅ） | 障害者雇用率  （F/A×１００）  ※小数点以下第３位切捨て |
| Ｂ  重度の身体・  知的障害者数 | Ｃ  Ｂ以外の身体・  知的・精神障害者数 | Ｄ  重度の身体・  知的障害者数 | Ｅ  Ｄ以外の身体・  知的・精神障害者数 |
| 年 | 月 |  |  |  |  |  |  | ％ |
| 月 |  |  |  |  |  |  | ％ |
| 月 |  |  |  |  |  |  | ％ |
| 月 |  |  |  |  |  |  | ％ |
| 月 |  |  |  |  |  |  | ％ |
| 月 |  |  |  |  |  |  | ％ |
| 月 |  |  |  |  |  |  | ％ |
| 月 |  |  |  |  |  |  | ％ |
| 月 |  |  |  |  |  |  | ％ |
| 月 |  |  |  |  |  |  | ％ |
| 月 |  |  |  |  |  |  | ％ |
| 月 |  |  |  |  |  |  | ％ |
| ※　障害者数（１人以上）又は障害者雇用率（２．３％を超える）を満たしていない月が　ある場合、その理由を具体的に記載する。（※該当がある場合、必ず記載すること。） | | | | | | | | |