横浜市鴨志田地域ケアプラザ指定管理者　申請書類（表紙）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 団体名 |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 確認欄 | インデックス番号 | 番号 | 提出資料名 |
| □ | － | ０ | 申請書類（表紙） |
| □ | － | １ | 指定申請書（様式１） |
| □ | － | ２ | 団体の概要（様式２－１） |
| □ | － | ３ | 役員等氏名一覧表（様式３）【エクセルファイル】 |
| □ | － | ４ | 欠格事項に該当しない宣誓書（様式４） |
| □ | － | ５ | 応募資格に該当する宣誓書（様式５） |
| □ | － | ６ | 定款、規約その他これらに類する書類 |
| □ | １ | ７ | 履歴事項全部証明書（法人のみ。応募書類の受付期間の最終日時点の情報がわかるもの。） |
| □ | ２ | ８ | 納税証明書 その３の３（公募要項の配布開始日以降に発行されたもの。） |
| □ | － | ９ | 横浜市税の納税状況調査の同意書（様式６） |
| □ | － | 10 | （該当する場合には）法人税及び法人市民税の課税対象となる収益事業等を実施していないことの宣誓書（様式７）　 |
| □ | － | 11 | 労働保険（労災・雇用）の加入を確認できる書類：労働局、労働基準監督署又は労働保険事務組合発行の労働保険料の領収書の写し（直近の１回分）等 |
| □ | － | 12 | 健康保険の加入を確認できる書類：年金事務所又は健康保険組合発行の健康保険料の領収書の写し（直近の１回分）等 |
| □ | － | 13 | 厚生年金保険の加入を確認できる書類：年金事務所又は健康保険組合発行の厚生年金保険料の領収書の写し（直近の１回分）等 |
| □ | － | 14 | （11から13までのいずれかの保険に加入する必要がない場合は）労働保険、健康保険及び厚生年金保険の加入の必要がないことについての申出書（様式８） |
| □ | － | 15 | 団体の現在の組織、人事体制を示す人事労務関係の書類（就業規則、給与規定等） |
| □ | － | 16 | 設立趣旨、事業内容のパンフレット等団体の概要がわかるもの |
| □ | － | 17 | 評価基準加点項目に係る申出書（様式９及び様式９－２）（加点を希望する団体のみ。様式９－２は、必要に応じて提出） |
| 共同事業体を結成して応募する場合は、次の書類も提出（該当の場合のみ） |
| □ | － | ２－２ | 共同事業体の結成に関する申請書（様式２－２） |
| □ | ３ | ２－３ | 共同事業体の結成に関する協定書（様式２－３） |
| □ | － | ２－４ | 共同事業体連絡先一覧（様式２－４） |
| □ | － | ２－５ | 共同事業体間の役割分担計画書（様式２－５） |
| 中小企業等協同組合として応募する場合は、次の書類も提出（該当の場合のみ） |
| □ | － | ２－６ | 事業協同組合等構成員表（様式２－６） |

様式１（別記様式（第５条第１項））

指　定　申　請　書

令和　　年　　月　　日

（申請先）

　横浜市青葉区長

（申請者）

 　所在地

 　団体名

 　代表者職氏名

次の地域ケアプラザの指定管理者の指定を受けたいので、申請します。

横浜市鴨志田地域ケアプラザ

（注意）申請に際しては、次の書類を添付してください。

１　事業計画書

　２　定款その他これに類する書類

　３　団体の登記事項証明書

４　指定申請書を提出する日の属する事業年度の収支予算書及び事業計画書並びに前事業年度の収支計算書及び事業報告書

　５　当該地域ケアプラザの管理に関する業務の収支予算書

　６　その他区長が必要と認めるもの

 (A4)

様式２－１

団体の概要

（令和　　年　　月　　日現在）

|  |  |
| --- | --- |
| （ふりがな）団体名 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　 |
| 共同事業体又は中小企業等協同組合として応募している場合には、その名称を記入してください。 |
| （ふりがな）名称 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　 |
| 所在地 | 〒※法人の場合は登記簿上の本店所在地を、任意団体の場合は代表者の住所をご記入ください。（市税納付状況調査（様式６同意書による）に使用します） |
| 設立年月日 | 年　　　　月 |
| 沿革 |  |
| 事業内容等 |  |
| 財務状況※直近３か年の事業年度分 | 年度 | 令和３年度 | 令和４年度 | 令和５年度 |
| 総収入 |  |  |  |
| 総支出 |  |  |  |
| 当期収支差額 |  |  |  |
| 次期繰越収支差額 |  |  |  |
| 連絡担当者 | 【所　属】【氏　名】【電　話】【ＦＡＸ】【E-mail】 |
| 特記事項 |  |

様式２－２

令和　　年　　月　　日

共同事業体の結成に関する申請書

(申請先)横浜市青葉区長

 (共同事業体の名称)

 (共同事業体代表団体)

 　所 　在 　地

 　団 　体 　名

 　代表者職氏名

横浜市鴨志田地域ケアプラザの公募に参加するため、公募要項に基づき、次のとおり共同事業体を結成したことを証するとともに、申請します。

（注意）申請に際しては、次の書類を添付してください。

１　共同事業体の結成に関する協定書（様式２－３）

２　共同事業体連絡先一覧（様式２－４）

３　共同事業体間の役割分担計画書（様式２－５）

様式２－３

共同事業体の結成に関する協定書

|  |  |
| --- | --- |
| 設立目的 |  |
| 共同事業体名 |  |
| 共同事業体の主たる所在地 |  |
| 共同事業体構成団体 | 代表団体 | 【所在地】【団体名】 |
| 構成団体 | 【所在地】【団体名】 |
| 【所在地】【団体名】 |
| 【所在地】【団体名】 |
| 代表団体の権限 | １　指定管理者の指定申請及び協定の締結等に関し、横浜市との関係において共同事業体を代表する権限２　経費の請求及び受領に関する権限３　契約に関する権限 |
| 結成及び解散 | 当共同事業体は、令和　　年　　月　　日に結成し、指定期間終了後３か月を経過する日以降に解散するものとします。ただし、指定管理者に指定されなかった場合には、ただちに解散します。 |
| 業務遂行及び債務の履行についての責任 | 各構成団体は、指定管理者としての業務の遂行及び業務の遂行に伴い、当共同事業体が負担する債務の履行に関し、連帯して責任を負います。 |
| 権利義務の譲渡制限 | 本協定書に基づく権利義務は、他人に譲渡することはしません。 |
| 協議事項 | この協定書に定めのない事項については、構成団体全体により協議することとします。 |
| 備考 |  |

　上記のとおり、共同事業体を結成します。

　令和　　年　　月　　日

 (代表団体)

 　所 　在 　地

 　団 　体 　名

 　代表者職氏名 ㊞

 (構成団体１)

 　所 　在 　地

 　団 　体 　名

 　代表者職氏名 ㊞

 (構成団体２)

 　所 　在 　地

 　団 　体 　名

 　代表者職氏名 ㊞

 (構成団体３)

 　所 　在 　地

 　団 　体 　名

 　代表者職氏名 ㊞

様式２－４

共同事業体連絡先一覧

（令和　　年　　月　　日現在）

|  |  |
| --- | --- |
| 共同事業体名 |  |

〔代表構成団体：担当者連絡先〕

|  |  |
| --- | --- |
| （ふりがな）氏名 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　）　 |
| 所属団体 |  |
| 部署・職名 |  |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ |  |
| E-mail |  |

〔構成団体：担当者連絡先〕

|  |  |
| --- | --- |
| （ふりがな）氏名 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　）　 |
| 所属団体 |  |
| 部署・職名 |  |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ |  |
| E-mail |  |

〔構成団体：担当者連絡先〕

|  |  |
| --- | --- |
| （ふりがな）氏名 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　）　 |
| 所属団体 |  |
| 部署・職名 |  |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ |  |
| E-mail |  |

様式２－５

共同事業体間の役割分担計画書

|  |  |
| --- | --- |
| 事業 | 分担内容 |
|  |  |

（備考）

横浜市鴨志田地域ケアプラザ関連資料「３　地域ケアプラザの実施事業（６ページ）」を参考に記載してください。

記入欄が足りない場合は、本様式に準じた様式を作成してください。

　様式２－６

事業協同組合等構成員表

（令和　　年　　月　　日現在）

|  |
| --- |
| １　事業協同組合等 |
| ＜団体情報＞　所 　在 　地：名　　　　称：代表者職氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＜担当者＞　　氏　名：　所　属：　　　　　　　所在地：　　　　　　　電　話：　　　　　　　　　　　　　　　　FAX：　　　　　　　E-mail： |
| ＜役割分担＞　 |

|  |
| --- |
| ２　担当組合員 |
| ＜団体情報＞　所 　在 　地：名　　　　称：代表者職氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＜担当者＞　　氏　名：　所　属：　　　　　　　所在地：　　　　　　　電　話：　　　　　　　　　　　　　　　　FAX：　　　　　　　E-mail： |
| ＜役割分担＞　 |

|  |
| --- |
| ３　担当組合員 |
| ＜団体情報＞　所 　在 　地：名　　　　称：代表者職氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＜担当者＞　　氏　名：　所　属：　　　　　　　所在地：　　　　　　　電　話：　　　　　　　　　　　　　　　　FAX：　　　　　　　E-mail： |
| ＜役割分担＞　 |

|  |
| --- |
| ４　担当組合員以外の組合員 |
| ＜所在地＞＜団体名＞ |
| ＜所在地＞＜団体名＞ |
| ＜所在地＞＜団体名＞ |
| ＜所在地＞＜団体名＞ |
| ＜所在地＞＜団体名＞ |
| ＜所在地＞＜団体名＞ |

（備考）

指定管理者としての業務を行う組合員は、すべて「担当組合員」として記載してください。

記入欄が足りない場合は、本様式に準じた様式を作成してください。

様式４

令和　　年　　月　　日

欠格事項に該当しない宣誓書

(申請先)

横浜市青葉区長

 (申請者)

 　所 　在 　地

 　団 　体 　名

 　代表者職氏名

当団体は、横浜市鴨志田地域ケアプラザの指定管理者への応募に際し、次の欠格事項に該当しないことを宣誓します。

≪欠格事項≫

１　法人税、法人市民税、消費税及び地方消費税等の租税を滞納していること

２　労働保険（雇用保険・労災保険）及び社会保険（健康保険・厚生年金保険）への加入の必要があるにも関わらず、その手続きを行っていないこと

３　会社更生法・民事再生法による更生・再生手続中であること

４　指定管理者の責に帰すべき事由により、本市又は他の地方公共団体から２年以内に指定の取消を受けたものであること

５　地方自治法施行令（昭和22年法律第16号）第167条の４の規定により、横浜市における入札参加を制限されていること

６　選定委員が、応募しようとする団体の経営または運営に直接関与していること

７　暴力団（暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成３年法律第77号）第２条第２号に規定する暴力団をいう。）又は暴力団経営支配人等（横浜市暴力団排除条例（平成23年12月横浜市条例第51号）第２条第５号に規定する暴力団経営支配人等をいう。）であること

８　２年以内に労働基準監督署から是正勧告を受けている場合においては、必要な措置の実施について労働基準監督署に報告済みでないこと

様式５

令和　　年　　月　　日

応募資格に該当する宣誓書

 (申請先)

横浜市青葉区長

 (申請者)

 　所 　在 　地

 　団 　体 　名

 　代表者職氏名

当団体は、横浜市鴨志田地域ケアプラザの指定管理者への応募に際し、次の応募資格に該当することを宣誓します。

≪応募資格≫

１　法人又は複数の法人等が協働する共同事業体であること（構成員の一つは法人格が必要です。）

２　地域ケアプラザ条例第２条第１項第５号から第７号までに掲げる事業を行うにあたって必要とされる介護保険法（平成９年法律第123号）第41 条第１項本文、第42条の２第１項本文、第46条第１項、第54条の２第１項本文、第58条第１項又は第115条の45の３第１項の指定を受けることができると認められる者（横浜市地域ケアプラザ条例施行規則第４条）

３　次のうち、当団体の応募形式に関する事項について、該当していること

(1) 単体として応募している場合

地域ケアプラザの運営に必要な２に記載している資格を有していること

(2) 共同事業体として応募している場合

ア　地域ケアプラザの運営に必要な２に記載している資格について、当該業務を担当する構成団体のいずれかが有していること

イ　協定締結時までに、代表団体及び責任分担を明確に定めた組合契約を締結し、組合契約書の写しを提出することができること

ウ　当該共同事業体の構成団体が横浜市鴨志田地域ケアプラザの指定管理者の選定に単体として応募しておらず、かつ、２以上の共同事業体の構成団体として応募していないこと

(3) 中小企業等協同組合として応募している場合

ア　地域ケアプラザの運営に必要な２に記載している資格について、当該業務を担当する組合員が有していること

イ　応募時に担当組合員及び責任分担を明確に定め、「事業協同組合等構成員表」の提出が可能で　　　あること

ウ　当該中小企業等協同組合の担当組合員が横浜市鴨志田地域ケアプラザの指定管理者の選定に単体として応募しておらず、かつ、２以上の中小企業等協同組合の担当組合員として応募していないこと

※　介護保険法の次の規定に該当しないこと

□ 第70条第２項

□ 第78条の２第４項

□ 第79条第２項

□ 第115条の12第２項

□ 第115条の22第２項

□ 第115条の45の５第２項

様式６

令和　　年　　月　　日

横浜市税の納付状況調査の同意書

 (申請先)

横浜市青葉区長

 (申請者)

 　所 　在 　地

 　団 　体 　名

 　代表者職氏名

＜横浜市税の手続において、通知等送付先の登録が

上記所在地と異なる場合は、下記もご記入ください＞

通知等送付先

当団体は、横浜市が横浜市鴨志田地域ケアプラザの指定管理者選定等に伴い、次の事項を行うことについて同意します。

１　指定管理者選定時及び指定期間中の毎年度、次の税目の納付状況の調査を行うこと

(1) 市民税・県民税（特別徴収分）

(2) 法人市民税

(3) 事業所税

(4) 固定資産税・都市計画税（土地・家屋）

(5) 固定資産税（償却資産）

 ２　当団体が複数の施設の、指定管理者選定に応募している場合又は指定管理者となっている場合、１の調査結果を関係する施設所管課間で共有すること

【各種事項記入欄】

|  |  |
| --- | --- |
| 法人格の有無 | （　有　・　無　） |

※差し支えなければ、次の事項についても御記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 法人市民税賦課コード | 対象：横浜市内に本店又は営業所があり、課税されている方 |
|  | 申告区 | 横浜市内に事務所等を有する法人の方は法人市民税申告書を提出している区を御記入ください。横浜市（　　　　）区 |
| 管理番号 | 「法人市民税申告書」又は「領収証書」に記載されている管理番号を御記入ください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | - |  |  |  |  |  |

 |
| 事業所税賦課コード | 対象：横浜市内に本店又は営業所があり、課税されている団体（資産割：市内の事業所床面積の合計が1,000㎡を超える規模で事業を行う法人、従業者割：市内の事業所等の従業者数の合計が100人を超える法人）※県の事業税ではありません。 |
|  | 申告区 | 事業所税賦課コードをお持ちの方のみ申告区を御記入ください。横浜市（　　　　）区 |
| 整理番号 | ※「事業に係る事業所税申告書」又は「領収証書」に記載されている整理番号を御記入ください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | - |  |  |  |  |  |

 |

様式７

令和　　年　　月　　日

法人税及び法人市民税の課税対象となる

収益事業等を実施していないことの宣誓書

(申請先)

横浜市青葉区長

 (申請者)

 　所 　在 　地

 　団 　体 　名

 　代表者職氏名

　当団体は、法人税法第４条第１項及び地方税法第296条第１項に規定する収益事業等を直近５か年の事業年度において実施していないことを宣誓します。

様式８

令和　　年　　月　　日

労働保険、健康保険及び厚生年金保険の加入の

必要がないことについての申出書

(申請先)

横浜市青葉区長

 (申請者)

 　所 　在 　地

 　団 　体 　名

 　代表者職氏名

横浜市鴨志田地域ケアプラザの指定管理者選定にあたり、次の内容について申し出ます。

なお、今後、各種保険の加入義務が生じた場合には、直ちに手続を行うとともに、横浜市に報告します。

１　労働保険（労災保険・雇用保険）について、次の理由により加入の必要はありません。

□　(1) 労災保険について

|  |
| --- |
| 【理由】　 |

なお、上記の理由により加入の必要がないことについては、

令和（　　　）年（　　　）月（　　　）日、

（　確認先機関名を記載（所管課名まで）。例:○○労働基準監督署○○課　）に、

（　電話　・　訪問　）により確認しました。

□　(2) 雇用保険について

|  |
| --- |
| 【理由】　 |

なお、上記の理由により加入の必要がないことについては、

令和（　　　）年（　　　）月（　　　）日、

（　確認先機関名を記載（所管課名まで）。例:○○公共職業安定所○○課　）に、

（　電話　・　訪問　）により確認しました。

□２　健康保険について、次の理由により加入の必要はありません。

|  |
| --- |
| 【理由】　 |

なお、上記の理由により加入の必要がないことについては、

令和（　　　）年（　　　）月（　　　）日、

（　確認先機関名を記載（所管課名まで）。例: ○○年金事務所○○課　）に、

（　電話　・　訪問　）により確認しました。

□３　厚生年金保険について、次の理由により加入の必要はありません。

|  |
| --- |
| 【理由】　 |

なお、上記の理由により加入の必要がないことについては、

令和（　　　）年（　　　）月（　　　）日、

（　確認先機関名を記載（所管課名まで）。例: ○○年金事務所○○課　）に、

（　電話　・　訪問　）により確認しました。

※　該当する“□欄”にチェックのうえ、必ず「理由」も記載すること。

|  |
| --- |
| 【問合せ先】○労働保険（労災保険・雇用保険）について　厚生労働省のホームページより、「都道府県労働局（労働基準監督署）所在地一覧」をご覧ください。<http://www.mhlw.go.jp/kouseiroudoushou/shozaiannai/roudoukyoku/>○健康保険・厚生年金保険について　日本年金機構のホームページより、「全国の相談・手続き窓口一覧」をご覧ください。<http://www.nenkin.go.jp/section/soudan/index.html> |

評価基準加点項目に係る申出書

様式９

応募団体名：

指定管理者公募要項中、評価基準項に規定する加減点項目において、以下の項目について
加点を希望するため、必要書類を添付し提出します。

１　本市重要施策を踏まえた応募団体の取組状況

□（１）障害者法定雇用率の達成状況（申請直前の６月１日現在の状況で判断してください。）

【添付資料】

　　以下のいずれかの書類を添付してください。

　　※**法定雇用率を超える場合に加点対象**となります。障害者雇用率算定の結果、**法定雇用率（2.50％）と同値の場合には、加点対象外**です。

　　①障害者の雇用の促進等に関する法律第43条第７項による障害者雇用状況の報告義務がある
場合：障害者雇用状況報告書（事業主控）の写し（申請日の直近の６月１日現在の職業安定所の受付印が確認できるもの※）

②上記①以外の場合：障害者雇用率（実雇用率）が2.50％を超えていることを確認するため、別紙の障害者雇用計算表を作成のうえ、提出してください（申請日の直近の６月１日現在の状況を記載してください。）。

（２）ワークライフバランス及び男女共同参画の推進（申請日時点の状況で判断してください。）

□　ア　次世代育成支援対策推進法に基づく一般事業主行動計画の策定

　　　**（従業員101人未満の場合のみ加算対象）**

【添付資料】

　以下のいずれかの書類を添付してください。（いずれの場合も労働局の受付印が確認できるもの※）

　・「一般事業主行動計画策定・変更届」の写し（次世代育成支援対策推進法施行規則第１条
第１項に規定されたもの）

　・「一般事業主行動計画作成・変更届（一体型）」の写し（次世代育成支援対策推進法施行規則
第１条第２項に規定されたもの）

□　イ　女性の職業生活における活躍の推進に関する法律に基づく一般事業主計画の策定

　　**（従業員101人未満の場合のみ加算対象）**

【添付資料】

　以下のいずれかの書類を添付してください。（いずれの場合も労働局の受付印が確認できるもの※）

　・「一般事業主行動計画策定・変更届」の写し（女性活躍推進法第８条第１項に規定されたもの）

　・「一般事業主行動計画作成・変更届（一体型）」の写し（次世代育成支援対策推進法施行規則
第１条第２項に規定されたもの）

※電子申請で提出した場合は、受領がわかる画面データを添付してください。

□　ウ　①次世代育成支援対策推進法による認定（「くるみん」、「トライくるみん」又は「プラチナくるみん」の認定）、②女性の職業生活における活躍の推進に関する法律に基づく認定（「えるぼし」又は「プラチナえるぼし」の認定）又は③「よこはまグッドバランス企業」の認定【①から③のうち、いずれか１項目を満たせば加点対象】

　　　　【添付資料】

　　　　　 加点対象となる認定項目に係る認定証の写し（「よこはまグッドバランス企業」の認定においては、申請日時点において認定期間内となっているものに限る。）

【注意事項】

・加点対象となる項目に「■」を記入してください。

・応募団体がJV（共同事業体）の場合は、代表企業の該当の状況により判断してください。

障害者雇用計算表

様式９－２

応募団体名：

障害者の雇用の促進等に関する法律第43条第７項による**障害者雇用状況の報告義務を有さない事業者であって、加点を希望する場合**には、障害者雇用率が2.50％を超えていることを確認するため、次の障害者雇用計算表に必要事項を記入のうえ、提出してください。

障害者雇用計算表（**申請日の直前の６月１日現在の状況**を記載してください。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 常用雇用労働者数（Ａ） ※短時間労働者を除く |  | 人 |
| 短時間労働者数（Ｂ） |  | 人 |
| 算定基礎労働者数（Ｃ）： 【Ａ＋（Ｂ×1/2）】 |  | 人 |
|  |  |  |
| 常用の障害者雇用数 | 重度の身体･知的障害者数 （Ｄ） |  | 人 |
| Ｄ以外の身体･知的及び精神障害者数 （Ｅ） |  | 人 |
| 短時間の障害者雇用数 |  重度の身体･知的障害者数 （Ｆ） |  | 人 |
| Ｆ以外の身体･知的及び精神障害者数※（Ｇ） |  | 人 |
| 算定障害者数（Ｈ）：【（Ｄ×２）＋Ｅ＋Ｆ＋（Ｇ×1/2）】 |  | 人 |
|  |  |  |
| 障害者雇用率 【Ｈ/Ｃ×100】（小数点以下第３位を四捨五入） |  | ％ |

法定雇用率を**超える**場合に加点対象となります。障害者雇用率算定の
結果、**法定雇用率（2.50％）と同値の場合には、加点対象外**です。

【記載方法】

・ （Ａ）、（Ｄ）、（Ｅ）の常用雇用労働者とは、１週間の所定労働時間が30時間以上で、１年以上継続して雇用される者（見込みを含む）。

・身体障害者は、原則として身体障害者福祉法に規定する身体障害者手帳の等級が１級から６級の者。このうち（Ｄ）、（Ｆ）の重度身体障害者は、身体障害者のうち１級又は２級の者。

・知的障害者は、児童相談所、知的障害者更生相談所、精神保健福祉センター、精神保健指定医又は障害者職業センターにより知的障害者と判定された者。このうち（Ｄ）、（Ｆ）の重度知的障害者は、愛の手帳（療育手帳）で程度が「Ａ」とされている者、「Ａ」に相当する程度（特別障害者控除を受けられる程度等）とする判定書を受けている者又は障害者職業セ

ンターにより「重度知的障害者」と判定された者。

・精神障害者は、精神保健福祉手帳の交付を受けている者。

・（Ｂ）、（Ｆ）、（Ｇ）の短時間労働者は、１週間の所定労働時間が20 時間以上30 時間未満で、１年以上継続して雇用される者（見込みを含む）。

※ ただし、精神障害者である短時間労働者であって、雇入れから３年以内の方、又は精神保健福祉手帳取得から３年以内の方、かつ、令和５年３月31 日までに雇い入れられ、精神障害者保健福祉手帳を取得した方は、対象者１人につき１人分雇用しているものとしてカウントするため、（Ｅ）へ記載してください。

【注意事項】

提出書類は返却しません。また、提出書類は本件審査にのみ使用し、その他の目的には使用しません。ただし、必要に応じ提出された書類について、事実確認（雇用を証明する書類の提出等）を求めることがありますので、ご了承ください。

【参考】用語の説明等

**１　常用雇用労働者の範囲**

次のように１年以上継続して雇用される者（見込みを含む）をいいます。ただし、１年以上継続して雇用されている者であっても、１週間の所定労働時間が20時間未満の者については、障害者雇用率制度上の常用雇用労働者の範囲には含めません。

（１）雇用期間の定めのない労働者

（２）一定期間（１か月、６か月等）を定めて雇用される者であっても、その雇用期間が反復更新されて事実上（１）と同一状態にあると認められる者

（３）日々雇用される者であっても、雇用契約が日々更新されて事実上（１）と同一状態にあると認められる者

**２　障害者である短時間労働者の範囲**

身体障害者（重度を含む）、知的障害者（重度を含む）又は精神障害者（※）であって、次の要件に該当する者をいいます。

（１）１週間の所定労働時間が20 時間以上30 時間未満。

（２）１年以上継続して雇用されること（見込みを含む）。

※ただし、精神障害者である短時間労働者であって、雇入れから３年以内の方、または、精神保健福祉手帳取得から３年以内の方、かつ、令和５年３月31 日までに、雇い入れられ、精神障害者保健福祉手帳を取得した方は、常用雇用労働者に含めます。

**３　対象となる障害者**

（１）「身体障害者」とは、身体障害者福祉法（昭和24 年法律第283 号）に規定する身体障害者手帳の等級が１級から６級に該当する者とします。「重度身体障害者」とは、このうち１級または２級とされる者です。

（２）「知的障害者」とは、児童相談所、知的障害者福祉法（昭和35 年法律第37 号）第12 条第１項に規定する知的障害者更生相談所、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）第６条第１項に規定する精神保健福祉センター、精神保健指定医又は障害者の雇用の促進等に関する法律第19条の障害者職業センターにより知的障害者と判定された者をいいます。また、「重度知的障害者」とは、知的障害者のうち知的障害の程度が重いと判定された者をいいます。具体的には、次のいずれかに該当する者となります。

ア　愛の手帳（療育手帳）で程度が「Ａ」とされている者。

イ　児童相談所、知的障害者更生相談所、精神保健福祉センター、精神保健指定医による、療育手帳の「Ａ」に相当する程度（特別障害者控除を受けられる程度等）とする判定書を受けている者。

ウ　障害者職業センターにより「重度知的障害者」と判定された者。

（３）「精神障害者」とは、精神保健福祉手帳の交付を受けている者とします。

**４　雇用障害者数のカウントの方法について**

（１）身体障害者、知的障害者及び精神障害者である常用雇用労働者のうち、１週間の所定労働時間が30時間以上の者は１人につき１人分雇用しているとみなします。ただし、重度身体障害者及び重度知的障害者は、１人につき２人分雇用しているとみなします。

（２）身体障害者、知的障害者及び精神障害者である短時間労働者（１週間の所定労働時間が20時間以上30時間未満）は、１人につき0.5人分雇用しているとみなします。ただし、重度身体障害者及び重度知的障害者は１人につき１人分雇用しているとみなします。

※精神障害者である短時間労働者であって、雇入れから３年以内の者、又は精神保健福祉手帳取得から３年以内の者で、かつ、令和５年３月31日までに、雇い入れられ、精神障害者保健福祉手帳を取得した者は、１人につき１人分雇用しているとみなします。