

障害者雇用状況報告書の提出義務のない事業者用

令和 年 月 日

障害者雇用の証明書

所在地

商号又は名称

代表者の氏名

印

1 障害者人数（常用雇用） \_\_\_\_\_ 人

2 総従業員数（常用雇用） \_\_\_\_\_ 人

上記のとおり、当社従業員として雇用していることに相違ありません。

（注） この障害者雇用の証明書の提出にあたっては、雇用している障害者全員の身体障害者手帳の写しを添付してください。なお、技術職員名簿に記載のない者は併せて健康保険被保険者証、雇用保険被保険者証等（所属会社が判断できるもの）の写しを添付してください。

※ 健康保険被保険者証の写しを添付する際には、当該写しの被保険者記号・番号等を復元できない程度にマスキングを施してください。