|  |
| --- |
| 障害者雇用事業税不均一課税適用要件確認申請書 |
| 年　　月　　日 長野県知事　殿住（居）所（所在地）氏　 名（法人名）（電話番号　　　　　　　　　　　）創業及び障害者、母子家庭の母等の雇用を行う法人等を応援する県税の特例に関する条例施行規則第５条の規定により、不均一課税の適用要件の確認を受けたいので、下記のとおり申請します。また、この申請書の内容について、関係機関等への照会が行われることに同意します。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記 |
| 申請に係る事業年度又は年 | 　　　年　　　月　　日から　　年　　　月　　　日まで |
| （継続の場合）　　年　　月　　日から　　年　　月　　日まで |
| （継続の場合）　　年　　月　　日から　　年　　月　　日まで |
| 業種 |  |
| 事業所数 | 全事業所数 | 県内事業所数 |
| 申請に係る障害者を雇用している事業所所在地 |  |
| 雇用の状況 | 平均常用雇用労働者の数 | 人 |
| 新たに雇用した障害者の数 | 人 |
| 障害者雇用状況報告書の概要（直近の６月１日の報告） | 常用雇用労働者の数 | 　　　　　　人 |
| 法定雇用障害者の算定の基礎となる労働者の数 | 　　　　　　人 |
| 常用雇用身体障害者、知的障害者及び精神障害者の数 | 　　　　　　人 |
| 実雇用率 | 　　　　　　％ |
| 身体障害者、知的障害者又は精神障害者の不足数 | 　　　　　　人 |

（様式第５号）（第５条関係）

（注）１　「平均常用雇用労働者の数」欄は、申請に係る事業年度又は年に属する各月の末日現在における雇用保険の被保険者である常時雇用する労働者の数を合計した数を、当該事業年度又は年の月数で除して得た数（その数に１人未満の端数があるときは、その端数を切り捨てる。）を記入してください。

２　「新たに雇用した障害者の数」欄は、申請に係る事業年度又は年に属する各月の末日現在における雇用保険の被保険者である常時雇用する障害者で、３月以上継続して雇用しているものの数を合計した数を、当該事業年度又は年の月数で除して得た数（その数に１人未満の端数があるときは、その端数を切り上げる。）を記入してください。

３　「障害者雇用状況報告書の概要」欄は、報告義務のある事業主のみ記入してください。