**横浜市障害者研修保養センター横浜あゆみ荘**

**資料６**

 **指定管理者の応募関係書類（表紙）**

１　提出書類は、本表紙の□欄に確認した旨のレ印を記入し、各書類にはページ数及び

インデックスを付けてください。

２　用紙サイズについて、原本で用紙サイズが決まっているもの以外は、Ａ４サイズに統一し、文字は明瞭なものを提出してください。

３　提出書類には本表紙をつけ、アから順に並べ、**原本１部**、**写しを７部提出**してください。なお、写しの書類のうち６部はファイル綴りとし、１部についてはファイルやステープラー等でとめず、クリップ止めで提出してください。

４　事業計画書（様式２）においては、業務の工夫等について、具体的に記載してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 団体名 |  |
| 確認欄 | 提出書類名 | ｲﾝﾃﾞｯｸｽ番号 |
| □ | ア　指定申請書（様式１）　 | １ |
| □ | イ　事業計画書（様式２）　 | ２ |
| □ | ウ　指定管理料提案書及び収支予算書（様式３）　 | ３ |
| □ | エ　賃金水準スライドの対象となる人件費に関する提案書（様式 賃－１） | ４ |
| □ | オ　障害者支援事業の実績報告書（様式４） | ５ |
| □ | カ　団体の概要（様式５） | ６ |
| □ | キ　役員等氏名一覧表（様式６） | ７ |
| □ | ク　欠格事項に該当しない宣誓書（様式７） | ８ |
| □ | ケ　定款、規約その他これらに類する書類 | ９ |
| □ | コ　履歴事項全部証明書（法人のみ。） | 10 |
| □ | サ　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（様式自由）【※】 | 11 |
| □ | シ　直近３か年度分の貸借対照表、財産目録、損益計算書等（任意団体においては、これらに類する書類）【※】 | 12 |
| □ | ス　納税証明書 その３の３ | 13 |
| □ | セ　横浜市税の納付状況調査の同意書（様式８） | 14 |
| □ | ※　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９）　　※該当の場合のみ | 15 |
| □ | ソ　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 | 16-1 |
| □ | タ　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 | 16-2 |
| □ | チ　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 | 16-3 |
| □ | ※　加入の必要がないため、ソ・タ・チのいずれかの領収書の写し等の提出ができない場合は、「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10） | 16-4 |
| □ | ツ　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） | 17 |
| □ | テ　設立趣旨、事業内容のパンフレットなど団体の概要がわかるもの | 18 |
| □ | ト　加点項目に該当する旨の申出書類（様式14及び様式14－２）（加点を希望する団体のみ。様式14－２は、必要に応じて提出） | 19 |
| 共同事業体を結成して応募する場合は、次の書類も提出 |
| □ | カ－(ｱ)　共同事業体の結成に関する申請書（様式５－２） | ６-１ |
| □ | カ－(ｲ)　共同事業体連絡先一覧（様式５－３） | ６-２ |
| 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 |
| □ | カ－(ｳ)　事業協同組合等構成員表（様式５－４） | ６-３ |

※提出日時点で前事業年度の決算が確定していない場合は、決算が確定している直近の事業年度及び直近の３か年度の書類をそれぞれ御提出ください。

様式１

別記様式(第4条第1項)

指定申請書

年　　月　　日

　(申請先)

　　横浜市長

所在地

申請者　団体名

代表者氏名

　横浜市障害者研修保養センター横浜あゆみ荘の指定管理者の指定を受けたいので申請します。

(注意)　申請に際しては、次の書類を添付してください。

(1)　事業計画書

(2)　定款、規約その他これらに類する書類

(3)　法人にあっては、履歴事項全部証明書

(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

　 度及び前々事業年度の収支計算書及び事業報告書

(5)　横浜市障害者研修保養センター横浜あゆみ荘の管理に関する業務の収支予算書

(6)　その他市長が必要と認める書類

(A4)

様式２－１

|  |
| --- |
| **１　団体の実績等****（１）施設の管理運営実績** |
| * 類似施設あるいは公の施設の管理運営に関する過去の実績を記述してください。
* その管理実績の特色、独自性等を記述してください。

＜管理実績一覧＞

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 発注者 | 施設所在都道府県名 | 施設名 | 管理内容 | 管理期間 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

 |

Ａ４用紙１枚以内で記述してください。

様式２－２

|  |
| --- |
| **１　団体の実績等****（２）施設の運営に関する基本的な考え方及び応募理由等** |
| * 横浜あゆみ荘の運営に関する基本的な考え方について記述してください。

・　応募した理由について記述してください。　　 |

Ａ４用紙２枚以内で記述してください。

様式２－３

|  |
| --- |
| **２　職員の配置・育成****（１）職員の確保・配置　　（２）職員の人材育成** |
| * 運営に必要な職員の確保及び配置計画について具体的に記述してください。

・　職員の人材育成に伴う研修計画等について具体的に記述してください。 |

Ａ４用紙２枚以内で記述してください。

様式２－４

|  |
| --- |
| **３　施設の運営****（１）受付・応接・夜間業務** |
| * 各障害の特性に応じた受付業務、応接業務、夜間業務のサービス提供内容について具体的に記述してください。
* 相談対応の体制について具体的に記述してください。
* その特色・独自性等を記述してください。
 |

Ａ４用紙３枚以内で記述してください。

様式２－５

|  |
| --- |
| **３　施設の運営****（２）食堂業務・物販業務** |
| * 食事サービスの提供内容について具体的に記述してください。
* 物販事業について具体的に記述してください。
* 利用者のニーズ等に対応するための計画等を記述してください。
* その特色・独自性等を記述してください。
 |

Ａ４用紙２枚以内で記述してください。

様式２－６

|  |
| --- |
| **３　施設の運営****（３）バス運行業務** |
| ・　バスの運行計画について具体的に記述してください。・　その特色・独自性等を記述してください。　 |

Ａ４用紙１枚以内で記述してください。

様式２－７

|  |
| --- |
| **３　施設の運営****（４）広報　　（５）利用率・稼働率等** |
| * 施設のＰＲや広報計画について具体的に記述してください。
* その特色・独自性等を記述してください。

・　利用率・稼働率向上に向けた取組について具体的に記述してください。・　その特色・独自性等を記述してください。 |

Ａ４用紙２枚以内で記述してください。

様式２－８

|  |
| --- |
| **３　施設の運営****（６）利用者のニーズ・要望・苦情対応等** |
| * 利用者の意見・要望・苦情等の受付方法及び改善方法等について具体的に記述してください。

・　その特色・独自性等を記述してください。　 |

Ａ４用紙１枚以内で記述してください。

様式２－９

|  |
| --- |
| **３　施設の運営****（７）事故防止体制・緊急時の対応等** |
| * 事件・事故の防止体制について具体的に記述してください。
* 事故発生時・緊急時の対応・連絡体制について具体的に記述してください。

・　利用者の安全確保に向けた対策等について具体的に記述してください。　 |

Ａ４用紙１枚以内で記述してください。

様式２－１０

|  |
| --- |
| **３　施設の運営****（８）防災への取組** |
| ・　横浜市防災計画上の位置づけを踏まえた施設としての防災計画について具体的に記述してください。・　ふれあいの丘２施設との連携等について記述してください。・　その特色・独自性等を記述してください。 |

Ａ４用紙１枚以内で記述してください。

様式２－１１

|  |
| --- |
| **３　施設の運営****（９）個人情報保護・情報公開、環境への配慮など、本市の重要施策を踏まえた取組** |
| * 個人情報の保護及び情報公開に関する取組について具体的に記述してください。
* ヨコハマプラ５．３（ごみ）計画やごみルート回収等の廃棄物に関する取組について具体的に記述してください。
* 利用者の多様な障害種別に応じた人権擁護の考え方について具体的に記述してください。

・　その他本市の重要施策に関連する取組について具体的に記述してください。 |

Ａ４用紙１枚以内で記述してください。

様式２－１２

|  |
| --- |
| **４　施設の維持管理****（１）施設及び設備の維持管理業務** |
| * 維持管理業務に関する方針等の特色・実現性・独自性について具体的に記述してください。
* 今後の長期修繕計画について具体的に記述してください。
 |

Ａ４用紙２枚以内で記述してください。

様式２－１３

|  |
| --- |
| **４　施設の維持管理****（２）清掃・美化業務** |
| * 施設の清掃・美化業務に関する方針等の特色・実現性・独自性について具体的に記述してください。
 |

Ａ４用紙１枚以内で記述してください。

様式２－１４

|  |
| --- |
| **５　障害者向け事業・研修** |
| * 障害者向けの事業及び研修の内容について具体的に記述してください。
* その特色・独自性等を記述してください。
 |

Ａ４用紙２枚以内で記述してください。

様式３－１

|  |
| --- |
| **指定管理料提案書** |
| * ５年間の収支計画について、その基本的な考え方等を具体的に記述してください。
 |

Ａ４用紙１枚以内で記述してください。

様式 賃－１

賃金水準スライドの対象となる人件費に関する提案書

団体名

１　基礎単価

|  |  |
| --- | --- |
| 雇用形態 | 基礎単価（円） |
| 正規雇用職員等 |  |
| 臨時雇用職員等 |  |

※　一人一年あたり

２　配置予定人数

|  |  |
| --- | --- |
| 雇用形態 | 配置予定人数（人） |
| Ｘ年度 | Ｘ＋１年度 | Ｘ＋２年度 | Ｘ＋３年度 | Ｘ＋４年度 |
| 正規雇用職員等 |  |  |  |  |  |
| 臨時雇用職員等 |  |  |  |  |  |

３　人員配置の理由（雇用形態内での職種分けや年度による配置予定人数の増減 等）

|  |
| --- |
| （記入例）正規雇用職員について○年度のみ配置人数が多いのは、区制100周年に合わせて通年で様々なイベントを行うために、人員を増やして対応しようと考えているためです。臨時雇用職員について前半の３年度に比べて残りの２年度の人数が少ないのは、職員のノウハウが蓄積されることにより業務が効率化され、配置人数もスリム化できると考えているためです。 |

様式４

障害者支援事業の実績報告書

＜これまでに実施した障害者支援事業＞

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業実施都道府県名 | 事業名 | 事業内容・特色等 | 実施期間 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

（様式５－１）

団体の概要

（令和○年○月現在）

|  |  |
| --- | --- |
| （ふりがな）商号又は名称 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 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 | 〒 |
| 設立年月日 | 　　　　年　　　　月 |
| 沿革 |  |
| 事業内容等 |  |
| 財政状況※直近３か年の事業年度分 | 年度 | 令和○年度 | 令和○年度 | 令和○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 | (ふりがな)氏名 | （　　　　　　　　） |
| 部署・職名 |  |
| 電話番号 |  | FAX |  |
| E-mail |  |
| 特記事項 |  |

（様式５－２）

共同事業体の結成に関する申請書

（申請先）

横浜市長

（申請者）

共同事業体の名称

共同事業体代表団体　所在地

商号又は名称

代表者職氏名

　横浜市障害者研修保養センター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。

共同事業体の結成に関する協定書

|  |  |
| --- | --- |
| 目的 |  |
| 名称 |  |
| 事務所所在地 |  |
| 構成団体（代表団体も構成団体として記載すること） | 所在地商号又は名称 |  |
| 所在地商号又は名称 |  |
| 所在地商号又は名称 |  |
| 代表団体 | 所在地商号又は名称 |  |

（裏面あり）

|  |  |
| --- | --- |
| 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）共同事業体の構成団体が３者を上回る場合は、この様式に準じた様式を作成してください。

令和　　年　　月　　日

代表団体　　所在地

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

構成団体　　所在地

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

構成団体　　所在地

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

（様式５－３）

共同事業体連絡先一覧

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５－４）

事業協同組合等構成員表

|  |
| --- |
| １　事業協同組合等 |
| 所在地名称代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者　氏　名所　属所在地電　話　　　　　　　　　　　　　　　　FAXE-mail |
| 役割分担： |

|  |
| --- |
| ２　担当組合員 |
| 所在地名称代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者　氏　名所　属所在地電　話　　　　　　　　　　　　　　　　FAXE-mail |
| 役割分担： |

|  |
| --- |
| ３　担当組合員 |
| 所在地名称代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者　氏　名所　属所在地電　話　　　　　　　　　　　　　　　　FAXE-mail |
| 役割分担： |

（様式７）

欠格事項に該当しない宣誓書

令和　年　月　日

　（申請先）

　　横浜市長

（申請者）

所在地

商号又は名称

代表者職氏名

　当団体は、横浜市障害者研修保養センターの指定管理者への応募に際し、応募資格を満たすとともに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、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）への加入へ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　地方自治法施行令第167条の４の規定により、本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法人等（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法人等をいう。）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こと（仮に受けている場合には、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８）

横浜市税の納付状況調査の同意書

令和○年○月○日

（申請先）

横浜市長

（申請者）

所在地

商号又は名称

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団体の住所と異なる場合は、下記も御記入ください＞

　通知等送付先

当団体は、横浜市が横浜市障害者研修保養センターの指定管理者選定等に伴い、次の事項を行うことに同意します。

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、課税されている団体 |
|  | 申告区 | 横浜市内に事務所等を有する場合には、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）※都道府県が課す「事業税」とは異なります。 |
|  | 申告区 | 事業所税賦課コードをお持ちの場合には、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９）

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

令和　年　月　日

（申請先）

横浜市長

（申請者）

所在地

商号又は名称

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10）

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

令和　年　月　日

（申請先）

横浜市長

（申請者）

所在地

商号又は名称

代表者職氏名

横浜市障害者研修保養センターの指定管理者選定にあたり、次の事項のうち□欄にチェックしたもの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　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　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　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　例: ○○年金事務所○○課　）に、（電話・訪問）により確認しました。

※必ず「理由」も記入してください。

【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/>

○健康保険及び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・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14

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　市内中小企業等（申請日時点の状況で判断してください。）

【添付資料】不要

２　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14－２

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。