**「大阪府障がい者サポートカンパニー」登録申請書**

様式第１号

申請日：　　　　年　　月　　日

大阪府知事　様

大阪府障がい者サポートカンパニー制度の趣旨に賛同し、**大阪府の取り組む障がい者雇用及び就労支援施策に協力**いたします。また、下記の事項について、事実と相違ありません。

記

**１　申請者**

|  |  |
| --- | --- |
| 新規申請/更新申請 | [ ] 新規申請[ ] 更新申請　・現在の登録証の登録番号（　　　　　　　　　　　　　　）・現在の登録証の有効期限（　　　年　3月　３１日） |
| 申請のきっかけ（新規申請の場合のみ記入） | [ ]  大阪府からの情報提供　（□福祉部自立支援課　[ ] 商工労働部就業促進課　[ ] 教育庁支援教育課）[ ]  大阪府障がい者サポートカンパニーのHP[ ]  既登録企業からの紹介　[ ]  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 名　　　　　　 称★ | （フリガナ） |
| 代 表 者 職 ・氏 名 | （フリガナ）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 所 在 地★ | 〒 | 事業内容又は業種★ |  |
| ホームページアドレス★ | アドレス：http://大阪府ホームページ（大阪府障がい者サポートカンパニー制度）への掲載　[ ] 可　・　[ ] 不可 |
| 担当者 | 部署名・職・氏名 | （フリガナ） |
| 所在地 | 〒※所在地が上記と異なる場合はご記入ください。 | 電話 |  |
| FAX |  |
| メールアドレス |  |

**★「名称」「所在地」「事業内容又は業種」「ホームページアドレス（リンク可の場合）」については、府のホームページ上で公表します。**

**また、提供いただいた情報については、府の障がい者の雇用及び就労支援施策にて実施するアンケート等で利用する場合があります。**

※上記「名称」「代表者職・氏名」以外で表記したい名称があれば記入してください。同上の場合は記入不要。

|  |  |
| --- | --- |
| 登録証の表記名称 | （フリガナ）　　　 |
| 登録証の代表者職・氏名 | （フリガナ）　　　 |

**(裏面に続く)**

**２　今後協力可能な大阪府施策について**

|  |
| --- |
| [ ] 下記事業の全てに協力する　　[ ] 府立支援学校等生徒（※）の職場実習※支援学校等生徒とは、府立支援学校高等部、知的障がい生徒自立支援コースを設置する府立高等学校、共生推進教室を設置する府立高等学校の生徒をいいます。　　[ ] 大阪府ハートフルオフィス推進事業作業員の職場実習　　[ ] 生活困窮者のための就労支援（職場実習、職場見学等）[ ] ＯＳＡＫＡしごとフィールドの職場体験（障がい者、若者等）　　[ ] 府立高等職業技術専門校、大阪障害者職業能力開発校の職場実習[ ] 障がい者の文化芸術活動推進事業（寄附、会場・現物の無償提供等）への協力[ ] 大阪府精神障がい者社会生活適応訓練事業の協力事業所登録[ ] 委託訓練事業（実践能力習得訓練）の訓練（職場実習）受入[ ] 大阪府が主催する障がい者雇用・支援、就労支援に係る各種研修やセミナー等への協力（講師派遣、見学受入等）※各事業の内容については「[大阪府障がい者サポートカンパニー制度](https://www.pref.osaka.lg.jp/keikakusuishin/syuuroushien/syougaisyasapo-tokan.html)」のホームページをご参照ください。※チェックいただいたものについては、今後、担当者から問い合わせることがあります。※「協力する」と回答されても、実施ができない場合はお断り頂いても構いません |

**３　障がい者雇用状況**

|  |
| --- |
| [ ] 　「障害者雇用状況報告書」の写しがある公共職業安定所に報告済の直近の「障害者雇用状況報告書」の写しを添付の上、下記表に記入ください。※特例子会社等グループで算定の場合は、グループ会社全体の「障害者雇用状況報告書」の写しを添付ください。 |
|  | 「障害者雇用状況報告書」の法定雇用障がい者の算定の基礎となる労働者の数 | × | 法定雇用率 | ＝ | Ａ.法定雇用障がい者数（小数点以下切捨） | Ｂ.実際の障がい者雇用数 | Ｃ.法定雇用数を超える障がい者雇用数（Ｂ－Ａ） |
| 人 | × | 法定雇用率 | ＝ | 人 | 人 | 人 |
| [ ] 　「障害者雇用状況報告書」の写しはない（法定雇用障がい者が１人未満で提出義務がない）下記表に記入してください。 |
|  |  | 従業員 |  |  |  |  |  |
| 身体障がい者 |  | 知的障がい者 |  | 精神障がい者 |
| うち、重度 | うち、重度 |
| 計 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |

「障がい者」とは、身体障害者手帳、療育手帳（知的障害者判定機関による判定を含む）、精神障害者保健福祉手帳を所持している労働者です。

**４　遵守事項**（内容を確認し、間違いなければ、**□**欄にチェックしてください。）

[ ] 　労働関係法規を遵守しています。

[ ] 　障がい者福祉関係法規を遵守しています。

[ ] 　大阪府暴力団排除条例第２条第１号から第４号のいずれかに該当する者又は反社会的勢力と関係を有していません。

「５～９」は、「優良企業」登録を申請する場合にご記入ください。

「10障がい者雇用の取り組み等」は、必ずご記入ください。（府HPにて公表します。）

**５　職場実習等受入れ実績**

**（過去２年間（申請日の属する年度の直前の２年度）に、毎年1人以上）**

多数の場合、別紙（任意様式）に期間、日数、人数、送り出し機関名を記入の上、添付ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 期　　　　間 | 日数 | 人数 | 送り出し機関名※ |
| 年　月　～　年　月 |  |  |  |
| 　年　月　～　年　月 |  |  |  |
| 　年　月　～　年　月 |  |  |  |
| **合　　　　計** |  |  |  |

※送り出し機関とは、ハローワーク、独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構大阪支部や大阪障害者職業センター、障害者就業・生活支援センター、大阪府障害者職業能力開発校、支援学校、就労移行支援事業所、障害者等の職場環境等支援組織など、障がい者の雇用を支援する機関をいいます。

**６　障がい者の就労施設等※への発注実績**

**（過去２年間（申請日の属する年度の直前の２年度）で、合計2５万円以上）**

多数の場合は、別紙（任意様式）に発送内容・発注先、金額、購入時期を記入の上、添付ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 発　注　内　容・発　注　先 | 金　額 | 購入時期 |
|  |  | 　　　年　　月 |
|  |  | 　　　年　　月 |
|  |  | 　　　年　　月 |
| **合　　　　計** |  |  |

※障がい者の就労施設等とは、障がい者支援施設、地域活動支援センター、障がい福祉サービス事業を行う施設、小規模作業所、特例子会社、重度障がい者多数雇用事業所等をいいます。

**７　法定雇用数を超える障がい者の雇用**

[ ]  常用雇用労働者数（非常勤・パート含む）が300人未満で、法定雇用数を１人以上超えて
障がい者を雇用している。

[ ]  常用雇用労働者数（非常勤・パート含む）が300人以上で、法定雇用数を２人以上超えて
障がい者を雇用している。

**８　障害者雇用促進基金（大阪ハートフル基金）との協定締結**（該当する場合は□にチェックしてください）

[ ]  現在、大阪ハートフル基金事業協定を締結しています。

**(裏面に続く)**

**９　大阪府施策への協力実績** （該当する□にチェックしてください。）
※過去３年とは、申請日の属する年度の直前の３年度のことを指します。

|  |
| --- |
| [ ] 大阪府が主催する障がい者雇用・定着支援、就労支援にかかる各種の研修やセミナー等に、講師派遣や見学受入れ等をした実績（過去３年以内）研修等の名称　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）研修等の実施日　　　（　 年 　月 　日）研修等の主催課 ※ 　 [ ] 福祉部自立支援課　[ ] 商工労働部就業促進課　[ ] 教育庁支援教育課　[ ] 　その他（　　　 　　　　 　　）※不明の場合は回答不要 |
| [ ]  大阪府精神障がい者社会生活適応訓練事業の協力事業所登録（登録申請日時点） |
| [ ]  大阪府ハートフルオフィス推進事業に協力した実績（過去３年以内）　　[ ] 　雇用　 （ 　年 　月 　日採用）　　[ ] 　講師派遣 　 （　 年 　月 　日）　　[ ] 　職場見学受入れ（　 年　 月　 日）[ ] 　職場実習受入れ（　　年　　月　　日） |
| [ ]  難病患者の雇用実績（過去３年以内）　【　　 人・疾患名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】 |
| [ ] 障がい者の文化芸術活動推進事業（大阪府福祉部自立支援課主催）への協力実績（過去３年以内）[ ] 寄附　[ ] 会場・現物の無償提供　[ ] 後援　[ ] その他（　　　　　　　　　　）イベント名称・実施日など（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| [ ] 手話の普及に関する取組み（過去３年以内）　[ ] 　講習会（従業員その他関係者を対象）[ ] 　手話を用いたコミュニケーションの確保　[ ] 　その他取組み（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

**10　障がい者雇用の取り組み等**

**※府HPにて公表しますので、必ずご記入ください。（府民に向けてPRしたいこと等）**

|  |  |
| --- | --- |
| 障がい者を雇用するきっかけ、経緯、目的 |  |
| 障がい者が従事している仕事の内容 |  |
| 障がい者雇用のための取組み、配慮 |
|  | 施設・設備 |  |
| 人事、通勤勤務時間等 |  |
| その他 |  |
| 障がい者雇用の今後の取り組みについて計画や案（ある場合のみ） |  |