|  |
| --- |
| 船橋市障害者雇用優良事業所表彰　応募書　　令和　　　年　　　月　　　日提出 |
| フ　リ　ガ　ナ |  | フ　リ　ガ　ナ |  |
| 事業所名 |  | 代表者氏名 |  |
| 所在地 | 〒　　　　　　　　　　　　船橋市 |
| 主な事業内容 |  | 設立年月 | 明・大・昭・平・令　　　 　 年 　　 　月 |
| 従業員数（応募日時点） | ※障害者雇用率のカウントではなく実数を記入してください。　　※法人全体と事業所が同一である場合は、どちらか一方の記入で結構です。 |
| 法人全体 | 算定基礎労働者数　　　　　　　　人　　（うち障害のある従業員数　　　　　　人） |
| 障害種別の内訳 | 身体障害（　　　　　　　）人 | 知的障害（　　　　　　　）人 | 精神障害（　　　　　　　）人 |
| 事業所 | 算定基礎労働者数　　　　　　　　人　　（うち障害のある従業員数　　　　　　人） |
| 障害種別の内訳 | 身体障害（　　　　　　　）人 | 知的障害（　　　　　　　）人 | 精神障害（　　　　　　　）人 |
| ホームページアドレス | 　http:// | Ｅ－mail |  |
| フ　リ　ガ　ナ |  | 所属部署名 |  |
| 担当者名 |  |
| 電 話 |  | F A X |  |
| 表面｢**応募には次の条件を満たす必要があります**｣の5項目を確認しチェックを入れてください➡　**□　条件を満たします** |

※確認書類として、雇用している方の障害者手帳と雇用契約書、事業所の法人市民税(個人事業主の場合は市民税)の領収書もしくは市税納税証明書(個人事業主で非課税の場合

は非課税証明書)を、調査時に提出していただきます。(書類は写しで結構です)

**◆下記の項目について、現在実施している場合、または実施の用意をしている場合には☑を記入してください。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **チェック** | **項 目** | **チェック** | **項 目** |
| **□** | 応募日時点で、法人等として法定雇用率を2年以上の期間にわたって満たしている。(雇用人数43.5人未満の法人等については障害のある方を１人以上雇用している） | **□** | 短時間・超短時間勤務やフレックスタイム制、テレワークの導入等、多様な就労ニーズを踏まえた勤務時間や勤務場所への配慮に取組んでいる。 |
| **□** | 障害のある方が働く企業や施設等への業務発注を行っている。 | **□** | 駐車場や送迎手段の用意など、通勤への配慮に取組んでいる。 |
| **□** | 特別支援学校や障害者就労支援施設からの職場実習を積極的に受入れている。 | **□** | 障害の種類や程度に応じた職域・業務内容の提供を行い、適宜見直しを図っている。 |
| **□** | 採用にあたり、点字や手話通訳者の派遣、支援機関の同席、試験時間の調整・休憩の付与等の配慮を行い、応募者の本来持つ能力を適切に評価できるように努めている。 | **□** | マニュアルなどで、業務内容が明確かつ簡潔に把握できるようになっている。 |
| **□** | 障害の種類や程度を選ばずに差別することなく雇用している。 | **□** | 障害のある方の適性や希望等も勘案したうえで、能力向上のためのスキルアップ支援に取組んでいる。 |
| **□** | 安全確保のための施設のバリアフリー化、動線を意識した執務席等、職場環境の整備・改善を行っている。 | **□** | 従業員向けに障害や障害者雇用についての理解促進の機会を作っている。 |
| **□** | 通院のために休暇を取得しやすくする、服薬管理をするなど、医療及び健康上の配慮を行っている。 | **□** | 障害者支援に詳しい専門の職員を配置している。もしくは、本人または企業が相談をしやすいように外部の支援機関等と日頃から連絡を密に取るようにしている。 |
| 既に実施しており、雇用に有効と考えられる取組みをお書きください　(自由記述、**必須**) |
| **◆属する法人等の従業員が300人を超える事業所は、以下の項目についても☑を記入してください。** |
| **チェック** | **項 目** | **チェック** | **項 目** |
| **□** | 応募日時点で過去3年間のうち、在勤が1年以上の障害のある方の割合が70％以上の時期がある。 | **□** | 障害のある方が指導的立場としてリーダーシップを発揮している。(役職の有無は問わない) |
| **□** | 応募日時点で、障害のある方の平均勤続年数が5年以上、又は勤続年数が5年以上の障害のある方の割合が半分以上である。 | **□** | 障害者雇用促進に係る方針を発信している（明文化等実態確認できるもの）、または組織としての目標を従業員が把握する取組みをしている。 |
| **□** | 障害のある方を正社員として雇用している、もしくは正社員へのキャリアアップ制度を設けている。 | 既に実施しており、定着に有効と考えられる取組み　(自由記述、**必須**) |

・・・・・・・・・・・・・　**応募用紙送付先**　・・・・・・・・・・・・・・

船橋市障害者雇用優良事業所表彰審査委員会事務局 (船橋市役所経済部商工振興課経営労政係)

郵送 〒273-8501 船橋市湊町2-10-25 FAX 047-436-2466 MAIL shokoshinko@city.funabashi.lg.jp