

様式第 1 号

障害者雇用促進企業等認定申請書兼誓約書（令和 8 年度第 1 回）

令和 年 月 日

兵庫県知事 様

所在地  
会社名  
代表者名

下記のとおり障害者雇用促進企業等の認定を受けたいので、申請します。

なお、この申請書（様式第 1 号）及び添付資料（障害者雇用状況計算書（様式第 2 号）、取引実績証明書（様式第 3 号）※）の内容については、事実と相違がないことを誓約します。

※取引状況証明書（様式第 3 号）は、ひょうご障害者ハート購入企業又は多額購入企業の申請の場合のみ添付して下さい。

記

1	業 種	
2	公式ホームページ URL	
3	県 内 の 事 業 所 数	事業所（県外事業所数 事業所）
4	常用雇用労働者数（常用換算）	人 ※様式第 2 号の (a) 列⑧行の数値を記入
5	障 害 者 の 雇 用 状 況	% ※様式第 2 号の (a) 列⑪行の数値を記入
6	県内事業所における障害者の雇用状況	
	①雇用障害者数（常用換算）	人 ※様式第 2 号の (b) 列⑩行の数値を記入
	②障 害 者 雇 用 率	% ※様式第 2 号の (b) 列⑪行の数値を記入
7	障害者の虐待防止について、{ 取り組んでいる・取り組んでいない } ※ <u>どちらかを必ず選択</u>	
8	本申請の内容及び添付書類等の記載事項等に関し、兵庫県が関係機関（兵庫労働局等）に調査確認することについて、{ 同意する ・ 同意しない } ※ <u>どちらかを必ず選択してください</u> 。	

※ 令和 7 年 6 月 1 日現在の数字を記入してください。

※ 公式ホームページがある場合は URL を 2 に記入してください。県の広報等で案内させていただくことがあります。

※ 8 について「同意しない」を選択された場合は障害者雇用促進企業等として認定できません。

担当者連絡先

①申請担当者	部署名		氏名	
	電話		電子メール	
②営業担当者	部署名		氏名	
	電話		電子メール	

※ 申請担当者は本申請書について連絡可能な担当者を、営業担当者は県と取引する際の担当者を記入してください。