被合併法人（合併により廃止した法人）分の申告申請書の記入の仕方

赤枠・・・合併法人（合併後存続する法人等）の情報
緑枠・・・被合併法人（合併により廃止した法人）の情報

（　正　）
（受付窓口控）
（事業主控）

※受理年月日・番号	※整理番号

合併の日（＝廃止の日）から、45日以内に、原則合併法人が所在する各都道府県申告申請窓口に提出してください。

② 県コード・職安コード

① 事業主番号

被合併法人の事業主番号を記入してください。

1 ③申告・申請事業主

（フリガナ）
(イ) 住所（法人のときは主たる事業所の所在地）　郵便番号

（フリガナ）
(ロ) 名称　株式会社　△△（旧　○○株式会社　分）

（フリガナ）
(ハ) 氏名（法人のときは代表者の役職・氏名）　代表者の役職　（　）　㊞ 記名押印又は自筆による署名

(ニ) 産業分類　（中分類番号）　（主たる事業の内容）

2 ④障害者雇用納付金の納付額、障害者雇用調整金及び在宅就業障害者特例調整金の申請額

障害者雇用納付金の納付額（納付額の還付の場合を含む。）及び在宅就業障害者特例調整金の申請額（(A)＜(B)の場合）

(A)
(N)　(P)　障害者及　×　50,000 円（200人を超える場合）　40,000 円（100人を超え200人以下の場合）　（　）円　（(B)－(A)）（(A)＜(B)の場合）　円

合併法人のあとに、（　）で被合併法人の名称を記入してください。

被合併法人の産業分類について記入してください。

合併法人の代表者の記名押印又は署名をしてください。

障害者雇用調整金及び在宅就業障害者特例調整金の申請額（障害者雇用調整金を申請する場合又は障害者雇用調整金及び在宅就業障害者特例調整金を申請する場合）

(E)
(P) 身体障害者、知的障害者及び精神障害者の合計数　(O) 法定雇用障害者の数　×　27,000 円　＋　(F) 在宅就業障害者特例調整金を申請する場合は(L)の額（ただし(M)の額が上限）　（　）円　→　(G) 障害者雇用調整金申請額及び在宅就業障害者特例調整金申請額（(E)＋(F)）　円

（H）在宅就業障害者特例調整金申請額の算出

(I) 年間の在宅就業障害者への支払い総額　円 ÷ 350,000 円 ＝ (J)（　.　）→ (K) (J)の小数点第1位以下は切捨て（　.0）× 21,000 円 ＝ (L)　円

在宅就業障害者特例調整金の支給限度額
(P) 身体障害者、知的障害者及び精神障害者の合計数（　.　）人　×　21,000　(M)　円

【支給金（調整金、報奨金等）】合併法人の口座を記入してください。

⑤障害者雇用納付金の延納申請

(イ) 延納の申請	(ロ) 第1期		(ニ) 第3期
	円	円	円

3 ⑥障害者雇用調整金及び在宅就業障害者特例調整金の支給先

(イ) 支給先の選択	(ロ) 金融機関及び本・支店名	本店	(ハ) 金融機関コード－本・支店コード	(ニ) 預金種目	(ホ) 口座番号
	銀行	支店	－		

(ヘ) 口座名義人　フリガナ

4 ⑦障害者雇用納付金・障害者雇用調整金の算定内訳

区分		平成4年	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	平成1年	2月	3月	合計
(イ) 常用雇用労働者の総数（障害者雇用状況等報告書（I）の③の(ハ)の合計数）	1	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人 0
(ロ) 法定雇用障害者数の算定の基礎となる労働者の数（障害者雇用状況等報告書（I）の③の(ニ)の合計数）	2	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人 0
(ハ) 法定雇用障害者の数（納付金申告）（(ロ)×2.0／100）	3	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	(N) 人 0
(ニ) 法定雇用障害者の数（障害者雇用調整金申請）（(イ)×2.0／100）	4	人	人	人	人	人	人	人	人	人				人 0
(ホ) 身体障害者、知的障害者及び精神障害者の合計数（障害者雇用状況等報告書（I）の③の（f）の各月の合計数）	5	人	人	人	人	人	人	人	人	人				人 0

合併法人の担当者を記入してください。

社会保険労務士記載欄	作成年月日・提出代行者事務代理者の表示	氏名	電話番号

注）（事業主控）裏面の「注意」をよく読んで記入して下さい。

記入担当者	所属部課名・連絡先電話番号	－ －
	（フリガナ）氏名	（　）