

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

障害者雇用赤枠・申告・合併法人（合併後存続する法人等）の情報
 下記のとおり申告申請し、被合併法人（合併により廃止した法人）の情報

※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、原則合併会社のある各都道府県申告申請窓口にご提出ください。

① 事業主番号 - - **被合併法人の事業主番号が記入されていること。**

③ 申告・申請事業主 (イ) 住所 (法人のときは主たる事業所の所在地) 郵便番号 -

(ロ) 名称 株式会社 △△ (旧 ○○株式会社 分)

(ハ) 氏名 (法人のときは代表者の役職・氏名) 代表者の役職 (フリガナ) 名 (ニ) 産業分類 (中分類番号) (主たる事業の内容)

記名押印又は自筆による署名 (印)

② 障害者雇用納付金の納付額 (納付済みの場合を含む。) 及び在宅就業障害者特例調整金申請額 (A) < (B) の場合

(A) 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)

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

(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) (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))

(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 (J) (K) (J)の小数点第1位以下は切捨て (L) (M)

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 × 21,000

⑤ 障害者雇用納付金の延納申請 (イ) 延納の申請 (ロ) 第1期 (ハ) 第3期

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

(イ) 口座名義人 (ハ) フリガナ

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												合計	
		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月		
(イ) 常用雇用労働者の総数 (障害者雇用状況等報告書(1)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(1)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)×2.2/100)	3	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	0
(ニ) 法定雇用障害者の数 (障害者雇用調整金申請) ((イ)×2.2/100)	4	人	人	人	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(1)の③の(イ)の各月の合計数)	5	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	0

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

記入担当者 所属部課名・連絡先電話番号 (フリガナ) 氏名

注) (事業主控)裏面の「注意」をよく読んで記入して下さい。