

# 障がい者雇用優良事業所 優秀勤労障がい者 } の表彰のお知らせ

埼玉県雇用対策協議会  
会長 渡辺伸治

埼玉県雇用対策協議会では、今年度から公益社団法人埼玉県雇用開発協会が行っていた表彰事業を踏襲して、障がい者の雇用の安定、雇用の促進を図ることを目的に、障がい者雇用に積極的に取り組んでいる事業所及び障がいを克服し社会参加され他の模範となられている勤労障がい者を表彰いたします。

この表彰は、障がい者の雇用について事業主の皆様をはじめ、広く県民の皆様にご理解いただくために行うものです。

事業主の皆様におかれましては、次の要件により是非ご応募（雇用優良事業所表彰＝様式1）・ご推薦（優秀勤労障がい者＝様式2）いただきますようお願いいたします。

（当協議会のホームページ〈 <https://www.kotaikyou-saitama.ne.jp/> 〉もご参照ください。）

## 1. 障がい者雇用優良事業所の表彰基準

- 原則として埼玉県雇用対策協議会又は地区（地域）雇用対策協議会会員事業所であること
- 障害者法定雇用率を達成していること
- 障がい者を5人以上雇用していること
- 原則として過去3年間において障がい者を1人以上採用していること
- 労務管理にも万全を期し、自らの責任による労災事故を起こしていないこと
- 労働関係法令に違反していないこと等雇用優良事業所に相応しいこと
- 過去に障害者雇用優良事業所として知事表彰及び埼玉労働局長表彰を受けていないこと
- 埼玉県内に事業所があること

## 2. 優秀勤労障がい者の表彰基準

- 原則として埼玉県雇用対策協議会又は地区（地域）雇用対策協議会の会員事業所に就労している障がい者であること
- 障がいを克服し、模範的な職業人として職場において同僚などからも信頼され、同一の事業所において勤続年数が原則10年以上であること
- 過去に優秀勤労障がい者として知事表彰を受けていないこと
- 優秀勤労障がい者の表彰は、1企業2人までとします。

## 3. 表 彰

ご応募いただきました事業所及び推薦勤労障がい者については、障がい者雇用優良事業所等選考委員会で決定し、表彰を行います。

## 4. 締め切り日

令和6年7月31日（水）まで（当日消印有効）

## 5. 応 募 先

埼玉県雇用対策協議会

〒330-8669 さいたま市大宮区桜木町1-7-5 ソニックシティ9F

電話：048-647-4185 FAX：048-647-6150

様式 1

障がい者雇用優良事業所応募書

1 事業所名		2 代表者名							
3 所在地 (〒 - ) (電話 - - )									
4 事業内容			担当者職・氏名						
5 雇用状況 (県内事業所)	基準日	令和3年6月1日	令和4年6月1日	令和5年6月1日					
	全従業員 {うち障がい者数(うち重度)}	{ 人 ( 人 ) }	{ 人 ( 人 ) }	{ 人 ( 人 ) }					
	採用者数 {うち障がい者数(うち重度)}	{ 人 ( 人 ) }	{ 人 ( 人 ) }	{ 人 ( 人 ) }					
	退職者数 {うち障がい者数(うち重度)}	{ 人 ( 人 ) }	{ 人 ( 人 ) }	{ 人 ( 人 ) }					
	障害者雇用率	%	%	%					
6 企業全体の状況	①従業員数	人	割合 (②/①×100)	人	割合 (②/①×100)	人	割合 (②/①×100)		
	②障がい者数	人	%	人	%	人	%		
7 勤続年数 (*重度、短時間であっても一人と計上して下さい。)	③勤続3年以上の障がい者	人	人	人					
	障がい者の占める割合(③/②)	%	%	%					
8 過去1年間の障がい者の職場実習及び委託訓練の受入れ人数 人									
9 障害部位別内訳 (提出時の実雇用者)	身体障害者					知的障害者	精神障害者	その他	合計
	視覚	聴覚又は平衡機能	音声言語又はそしゃく	肢体不自由	内部				
		人	人	人	人	人	人	人	人
10 障がい者雇用等の配慮・取組み等を記入して下さい									
11 労働災害		※令和3年4月～令和5年3月の間、障がい者に関する労働災害の有無をご記入下さい。							
		無	有	※ 有の場合は件数をご記入下さい					件
12 労働関係法令違反		無 ・ 有 ( )							

※ 記入上の注意

5欄及び6欄については、「障害者の雇用の促進等に関する法律施行規則に基づく《障害者雇用状況報告書》」に合わせてご記入下さい。

(提出された情報は、当該表彰に関わることに使用させていただき、それ以外の目的で使用することはありません。)

上記のとおり応募いたします。

令和 年 月 日

事業所名

代表者名



様式 2

優秀勤労障がい者推薦書

1 氏名	歳（昭和・平成 年 月 日生）		
2 住所	（〒 - ）		
3 勤務先 事業所	名称	（〒 - ）	
	所在地	（電話 - - ）	
	担当者職・氏名		
4 職務内容			
5 勤続年数	現在の勤務年数	年 月	通算勤務年数 年 月
6 障がい名	7 障害の程度		級 手帳交付年月日 年 月 日
8 経歴及び 表彰歴			
9 事業所の 推薦理由			

※ 手帳又は判定書等の写を添付して下さい。

（提出された個人情報、当該表彰に関わることに使用させていただき、それ以外の目的で使用することはありません。）

上記のとおり推薦いたします。

令和 年 月 日

事業所名

代表者名

