（該当がある場合のみ提出してください）

障害者優先調達推進法対象となる施設等申告書

　　　　　　　　　　　　　　　住所又は所在地

　　　　　　　　　　　　　　　商 号又は名 称

　　　　　　　　　　　　　　　氏 名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

（代表者の氏名）

次のいずれかに該当する方は該当項目の□欄にチェックしてください。

●障害者総合支援法に基づく事業所・施設等（障がい福祉サービス事業所等）

□就労移行支援事業所

□就労継続支援事業所（Ａ型・Ｂ型）

□生活介護事業所

□障がい者支援施設

□地域活動支援センター

□小規模作業所

●障がい者を多数雇用している企業等（法人）

□障害者雇用促進法の特例子会社

□重度障がい者多数雇用事業所（次の全ての条件を満たす事業所）

・障がい者の雇用数が５人以上

・障がい者の割合が従業員の２０％以上

・雇用障がい者に占める重度身体障がい者、知的障がい者及び精神障がい者の割合が３０％以上

●在宅就業障がい者等

□在宅就業障がい者（在宅等において物品の製造、役務の提供等を自ら行う障がい者）

□在宅就業支援団体（在宅就業障がい者に対する援助の業務等を行う団体）

※以上のいずれかに該当する方は証明となる書類を添付し提出してください。