

年 月 日

障害者の雇用状況届出書（誓約書）

（宛先）川崎市病院事業管理者

業 者 番 号

住 所

商号又は名称

代表者職氏名

障害者を常用雇用している状況は次のとおりです。

なお、この届出書の記載事項は、すべて事実と相違ないことを誓約します。

- ☐ 身体障害者手帳保持者を雇用している。
（身体障害者福祉法の規定に基づき発行されている手帳）
- ☐ 療育手帳保持者を雇用している。
（知的障害者の支援等を目的として各自治体により発行されている手帳）
- ☐ 障害者手帳保持者を雇用している。
（精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の規定に基づき発行されている手帳）

※ 該当する箇所にチェックしてください。