

## 障がい者の雇用促進等に関する知事感謝状交付等要領

### (目的)

第1条 障がい者の雇用や職場への定着の促進、就労継続に貢献が認められる取組を実施する県内事業所に対し感謝状の交付を行い、その取組を称えるとともに、これを広く県民に周知することにより、企業における障がい者雇用への取組と職業の安定に資することを目的とする。

### (交付等の対象)

第2条 次の各号により感謝状の交付等の区分を定め、推薦のあったもののうちから、知事が次条に定める基準を審査のうえ決定するものとする。

一 障がい者を採用し、職場定着に長期的に配慮している事業所

二 障がい者を雇用し、かつ障害者就労施設等及び障がい者雇用促進企業等から物品または役務を積極的に調達している事業所

※ 障害者就労施設等とは、国等による障害者就労施設等からの物品等の調達の推進等に関する法律（昭和24年法律第84号）第2条第4項に規定する障害者就労施設等をいう。

※ 障がい者雇用促進企業等とは、障害者就労施設等及び障がい者雇用促進企業等からの物品等調達優遇制度実施要綱（以下「実施要綱」という。）第2条第4号から第6号までに規定するものであって、実施要綱に基づき知事の登録を受けているものをいう。

三 法定雇用率の適用対象とならない事業所で、3人以上障がい者を雇用している事業所

2 障害者就労施設等及び共同受注窓口並びに社会的事業所は、感謝状交付等の対象に含めないものとする。

※ 共同受注窓口とは、実施要綱第2条第5項に規定するものをいう。

※ 社会的事業所とは、実施要綱第2条第6号に規定するものをいう。

### (推薦の基準)

第3条 推薦の基準は、前条に規定する区分ごとにそれぞれ定め、原則として区分ごとの基準をすべて満たすこととする。

一 障がい者を採用し、職場定着に長期的に配慮している事業所

イ 審査年度の6月1日現在において、採用した障がい者を10年以上継続雇用していること

ロ 当該事業所及びその属する企業がともに、審査年度の6月1日現在において算定した法定雇用障害者数を超える障がい者を雇用していること

ハ 障がい者の就労の継続のための配慮や取組を継続して行っていること

二 障がい者を雇用し、かつ障害者就労施設等及び障がい者雇用促進企業等から

物品または役務を積極的に調達する事業所

イ 審査年度の前年度において、県内に所在する障害者就労施設等及び障がい者雇用促進企業等からの物品または役務の調達額が、合計3百万円以上であること

ただし、関連するまたは支配従属関係にある障害者就労施設等及び障がい者雇用促進企業等からの調達額は、除外するものとする。

ロ 当該事業所及びその属する企業がともに、審査年度の6月1日現在において算定した法定雇用障害者数を超える障害者を雇用していること

三 法定雇用率の適用対象とならない事業所で、3人以上障がい者を雇用していること

イ 審査年度の6月1日現在において、障がい者を3人（週20時間以上勤務の障がい者の実人数）以上雇用していること

ロ 当該事業所及びその属する企業がともに、審査年度6月1日現在において法定雇用率の適用対象とならない事業所であること

（推薦の方法）

第4条 感謝状交付にかかる事業所の推薦は、自薦及び他薦（団体等からの推薦）によるものとする。なお、第2条のいずれの区分についても、別紙様式により、別途指定する期日までに知事へ提出するものとする。

（交付等の実施）

第5条 独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構三重支部が実施する「障害者雇用支援月間（9月）」に因む行事等において、感謝状の交付及び公表等による県民への周知を行うものとする。

2 第3条による感謝状の交付は、いずれの区分についても原則各事業所初回のみとし、2度目以降の推薦については、公表等県民への周知に留める。

附則

この要領は、平成30年4月1日より適用するものとする。

この要領は、令和4年5月18日より適用するものとする。

(別紙様式)

障がい者の雇用促進等に貢献が認められる取組に関する推薦書

年 月 日

三重県知事 あて

推薦団体等（自薦の場合は推薦する事業所に同じ）

住所

名称

代表者名

連絡先電話番号

（担当者 ）

以下のとおり推薦します。

|         |                                                                                                                                                             |
|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 区分      | 推薦該当区分に○を付けてください。<br>① 障がい者を採用し、職場定着に長期的に配慮している事業所<br>② 障がい者を雇用し、かつ障害者就労施設等及び障がい者雇用促進企業等から物品または役務を積極的に調達している事業所<br>③ 法定雇用率の適用対象とならない事業所で、3人以上障がい者を雇用している事業所 |
| 推薦する事業所 | 所在地 :<br>事業所名 :<br>代表者氏名 :<br>業種 :<br>連絡先 :<br>担当者氏名 :                                                                                                      |
| 属する企業   | 所在地 :<br>企業名 :<br>※推薦する事業所に同じ場合は記載不要。                                                                                                                       |

|                                                                       |                                                                                                                                       |               |                   |    |
|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------------------|----|
| 障<br>が<br>い<br>者<br>等<br>の<br>雇<br>用<br>状<br>況                        | 審査年度の6月1日現在                                                                                                                           |               |                   |    |
|                                                                       | 推薦する事業所                                                                                                                               |               | (属する企業全体)         |    |
| ※<br>区<br>分<br>①<br>③<br>共<br>通                                       | 従業員数 (30H以上/週)                                                                                                                        | 人             | (従業員数 (30H以上/週)   | 人) |
|                                                                       | 同 (20~30H/週)                                                                                                                          | 人             | (同 (20~30H/週)     | 人) |
|                                                                       | 雇用障がい者 (30H以上/週)                                                                                                                      | 人             | (雇用障がい者 (30H以上/週) | 人) |
|                                                                       | 同 (20~30H/週)                                                                                                                          | 人             | (同 (20~30H/週)     | 人) |
|                                                                       | <p>*精神障がい者であって、雇入れから3年以内の方または精神障害者保健福祉手帳取得から3年以内の方の場合、勤務が20H以上/週であれば30H以上/週に人数カウント。</p> <p>*属する企業全体欄等に該当がない場合は、記載欄を「/」で必ず消してください。</p> |               |                   |    |
| 【職場定着に長期的に配慮している事業所】※区分①の場合のみ記載 (全項目記載必須)                             |                                                                                                                                       |               |                   |    |
| ○10年以上継続雇用する障がい者 (*1名分で可 及び 障害者手帳の写しを添付)                              |                                                                                                                                       |               |                   |    |
| 障がい者氏名 :                                                              |                                                                                                                                       |               |                   |    |
| 採用年月日 :                                                               |                                                                                                                                       |               |                   |    |
| 就労の継続のために継続して行う配慮や取組事項 :                                              |                                                                                                                                       |               |                   |    |
| ( )                                                                   |                                                                                                                                       |               |                   |    |
| 【障がい者を雇用し、かつ障害者就労施設等及び障がい者雇用促進企業等から物品または役務を積極的に調達している事業所】 ※区分②の場合のみ記載 |                                                                                                                                       |               |                   |    |
| ○発注内容                                                                 |                                                                                                                                       |               |                   |    |
| 発注先 (障害者就労施設等及び障がい者雇用促進企業等の名称)                                        |                                                                                                                                       | 金額 (前年度中の発注額) |                   |    |
| ・ _____                                                               |                                                                                                                                       | ¥ _____       |                   |    |
| ・ _____                                                               |                                                                                                                                       | ¥ _____       |                   |    |
| ・ _____                                                               |                                                                                                                                       | ¥ _____       |                   |    |
| ・ _____                                                               |                                                                                                                                       | ¥ _____       |                   |    |
| 合計 _____ヶ所                                                            |                                                                                                                                       | ¥ _____       |                   |    |
| ↑ 3百万円以上であること                                                         |                                                                                                                                       |               |                   |    |

添付書類

- ・「誓約書」(別紙)

別紙

## 誓約書

年 月 日

三重県知事 あて

次のとおり誓約します。

1. 推薦書及び添付書類の内容については事実と相違ありません。
2. 法令に違反する事実はありません。

以上

(推薦する事業所)

所在地 :

事業所名 :

代表者氏名 :