|  |
| --- |
| 様式第１６号（第４条関係） |
| 給　　与　　証　　明　　書 |
| 　　　　年　　月　　日 |
| 　　　　住　　　　所 |
| 事業主（雇主）　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |
| 　　　　　日南町福祉事務所長　　様 |
| 　　　次のとおり証明します。 |
| 　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　歳） | 職名及び職務内容 | 　 |
| 居住地 | 　 |
| 　区　分 | 次回支給見込 | 前　　三　　ヶ　　月　　分 |
| 　　月分 | 　　月分 | 　　月分 | 　　月分 |
| 勤務（就労）日数 | 　　　　　　　日 | 　　　　　　　日 | 　　　　　　　日 | 　　　　　　　日 |
| 給　　与　　額 | 基　　本　　給 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 日給（　　日分） | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 家族手当（　　人） | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 地域手当 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　　　手当 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 時間外手当 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 賞　　与 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 小計（イ) | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 控　　除　　額 | 所　得　税 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 市町村民税 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 健康保険料 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 厚生年金保険料 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 雇用保険料 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 労働組合費 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 小計（ロ） | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 差引支給(ｲ)－(ﾛ) | 　 | 　 | 　 | 　 |
| ※認定 | 　 | 　 |