|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |  | | | |