

様式第2号(第3条関係)

給 与 証 明 書

年 月 日

美幌町長 様

所 在 地  
事業主(雇用)氏名

印

次のとおり証明します。

住 所	氏 名	職名及び 職務内容	前3か月分			
			当月分見込み 月分	月分	月分	月分
区 分		勤務(就労)日数	日	日	日	日
支 払 額	基 本 給					
	家族手当(人)					
	住居手当					
	時間外手当					
	賞 与					
		小 計 (ア)				
控 除 額	所 得 税					
	住 民 税					
	健康保険料(税)					
	厚生年金保険料					
	失 業 保 険					
	労 働 組 合 費					
		小 計 (イ)				
差引支給額(ア)－(イ)						

(注)

この証明書は、国民健康保険一部負担金の減額、免除及び徴収猶予の申請のため、美幌町長に対し、被保険者が生活状況の申告をする場合に必要なものです。

当月及び前3か月分の期間におけるすべての支払額及び控除額(当月分は見込み額)について、それぞれ内訳を明らかにして記入してください。