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)

　　　八頭町福祉事務所長　　　　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３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 | 　 | 　 |