

給 与 証 明 書

今治市福祉事務所長 様

次のとおり証明します。

年 月 日

所在地（住所）

事業所（雇主）名

居住地		職名及び職務内容			
氏 名		(歳)			
区 分		次回支給見込み	前 3 ヶ 月 分		
		月分	月分	月分	月分
勤労（就労）日数		日	日	日	日
給 与 額	日 給 (日分)				
	家族手当 (人分)				
	地 域 手 当				
	時 間 外 手 当	() 時間	() 時間	() 時間	() 時間
	通 勤 手 当				
	() 手当				
	賞 与				
	小 計 (1)				
控 除 額	所 得 税				
	住 民 税				
	健 康 保 険 料				
	厚生年金保険料				
	失 業 保 険 料				
	労 働 組 合 費				
	小 計 (2)				
差引支給額 (1) - (2)					
給与の定例支給日		毎月	日	次回の昇給予定年月	年 月
健康保険共済組合保険証等の証書記号番号及び被扶養者名					
摘 要					

（備考）事実と違ったことを証明した場合には、生活保護法第 8 5 条の規定によって処罰されることがありますから御注意ください。