給　与　支　払　証　明　書

証明日　令和　　年　　月　　日

江東区福祉事務所長　殿

事業所名　　印
代表者名　　（押印省略可）
所在地
電話番号

下記の者に対し、次のとおり給与・報酬を支払ったことを証明します。

氏　名		生年月日	令和　　年　　月　　日
住　所			
支払いを証明する年	年分		

	支給年月日	支給額 ※1		社会保険料等
		日本	海外（　　）※2	
給与・報酬等支払額	月　日	円		円
	月　日	円		円
	月　日	円		円
	月　日	円		円
	月　日	円		円
	月　日	円		円
	月　日	円		円
	月　日	円		円
	月　日	円		円
	月　日	円		円
	月　日	円		円
	月　日	円		円
	賞　与	円		円
合　計		円		円
備　考				

・本証明書の内容について、就労先事業者に無断で作成し、又は改変を行ったときは、刑法上の罪に問われることがあります。

〇雇用主の方へ

※1：支給額には、交通費及び非課税のものを除いた税込みの額を記入してください。

※2：現地通貨での支給がある方は、こちらにご記入ください。（日本円への換算は不要です）

以下は保護者の方がご記入ください

認可保育園等に申込中の方	フリガナ		第1希望保育園等名	歳児クラス
	児童氏名			
認可保育園等に在園中の方	フリガナ		在園名	歳児クラス
	児童氏名			