

# 給 与 支 払 証 明 書

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 \_\_\_\_\_

次のとおり給与・報酬を支払ったことを証明します。

住 所				
氏 名		採用年月日	年 月 日	
職 名	常勤・非常勤・パート・アルバイト・その他 ( )			
給 与 ・ 報 酬 等 支 払 額	支給年月日	支 給 額	社会保険料等	税 額
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	賞 与	円	円	円
	合 計	円	円	円

※ 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。

**\*雇用主の方へ**

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。  
 海外支給分も合わせて記入してください。