

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 _____
 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
	年 月 日	円	円	円
	賞 与	円	円	円
合 計		円	円	円

*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。