

給 与 支 払 証 明 書

証明日 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	年 月 日
住 所			
支払いを証明する年	_____年分		
給 与 ・ 報 酬 等 支 払 額	支給年月日	支 給 額	社会保険料等
	年 月 日	円	円
	年 月 日	円	円
	年 月 日	円	円
	年 月 日	円	円
	年 月 日	円	円
	年 月 日	円	円
	年 月 日	円	円
	年 月 日	円	円
	年 月 日	円	円
	年 月 日	円	円
	年 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。

***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。

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