

## 給 与 等 証 明 書

氏 名 \_\_\_\_\_

生年月日 昭・平 年 月 日 \_\_\_\_\_

職 種 \_\_\_\_\_

上記の者の給与等につき、下記のとおり証明します。

### 記

1. 採用年月日 昭・平・令 年 月 日
2. 改訂年月日 昭・平・令 年 月 日 ( 月額等改定  年間勤務月数等改定)  
(月額等の改定により年間所得額に変更を生じた場合のみ記入)
3. 給 与  月給制 \_\_\_\_\_ 円/月 (年間勤務月数 \_\_\_\_\_ 月)  
 日給制 \_\_\_\_\_ 円/日 (年間勤務日数 \_\_\_\_\_ 日)  
 時給制 \_\_\_\_\_ 円/時 (年間勤務時間数 \_\_\_\_\_ 時間)
4. 諸 手 当  有 月額 \_\_\_\_\_ 円 (手当の種類を問わず1月の合計をご記入下さい。)  
 無
5. 賞 与  有 年額 \_\_\_\_\_ 円  
 無

令和 年 月 日

所 在

事 業 所 名

代表者氏名 \_\_\_\_\_ 印

ご担当者名：

ご連絡先：

※本証明書は、扶養手当認定時の年間所得見込額算出の資料となります。

※ご不明な点は、総務部人事企画課給与係にお問い合わせください。(TEL : 098-895-8034)