|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 様式第１７号（第２条関係） |  |  |  |  |  |
| 給　 与 　証 　明 　書 |
| 　　　沖縄市福祉事務所長　　様 | 　　　　　 　　　　年　　　　月　　　　日　 |
|  |  |  | 住　　所　 | 　 |
|  |  |  | 事業所（雇主） | 　 |
|  |  |  | ＴＥＬ　 | 　 |
| 　次のとおり相違ないことを証明します。 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 氏 名 | （　　　歳） | 職名及び職務内容 | 　 |
| 住 所 | 　 |  給与の定例支給日　　 | 日  |
| 健康保険被保険者記号番号 | 加入年月日 | 被扶養者 |  昇給予定　　　　　月 | 円  |
| 　 | 　 | 人 |  賞与の支給　　　　月 | 円  |
| 　 | 当　月　分 | 前　３　ヵ　月　分 |
| （　　 　　）月分 | （　　　　）月分 | （　　　　）月分 | （　　　　）月分 |
| 勤　　務　　日　　数 | 日  | 　 | 　 | 　 |
| 給　　与　　額 | 基　　本　　給 | 円  | 　 | 　 | 　 |
| 日　　　　　給 | 円  | 　 | 　 | 　 |
| 家　族　手　当 | 円  | 　 | 　 | 　 |
| 皆　勤　手　当 | 円  | 　 | 　 | 　 |
| 通　勤　手　当 | 円  | 　 | 　 | 　 |
| 時間外勤務手当 | 円  | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 円  | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 円  | 　 | 　 | 　 |
| 賞　　　　　与 | 円  | 　 | 　 | 　 |
| 小　 計 （Ａ） | 円  | 　 | 　 | 　 |
| 控　　除　　額 | 所　　得　　税 | 円  | 　 | 　 | 　 |
| 市 町 村 民 税 | 円  | 　 | 　 | 　 |
| 健 康 保 険 料 | 円  | 　 | 　 | 　 |
| 厚生年金保険料 | 円  | 　 | 　 | 　 |
| 失 業 保 険 料 | 円  | 　 | 　 | 　 |
| 労 働 組 合 費 | 円  | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 円  | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 円  | 　 | 　 | 　 |
| 小　 計 （Ｂ） | 円  | 　 | 　 | 　 |
| 差引支給額 (Ａ)－(Ｂ) | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 給食支給の有無 | 有　・　無 | 現物給与の品目及び数量 〔　　　　　 　　　　　　　〕 |
| 　（備考） 事実と違ったことを証明した場合には、生活保護法第85条の規定によって処罰されることが |
| 　　　　　 ありますのでご注意下さい。 |  |  |  |  |