西原町長　宛

給与等支払証明書

（国民健康保険税減免申請用）

＊　もれなくご記入ください。

対象者　住所

　　　　氏名

2021年中に支払いした分

（2021　年　　月～　　月支給分）　　　　　　　　　　給与総支払額　　　　　　　　　　円

【明細は裏面に記入をお願いします】　　　　　　（給与未払分・差押分は含み、交通費は含まず)

給与未払分（有・無）　　　　　　　　　　　　円　未払分年内支給予定（有・無）

就職年月日　　　　　平成・令和　　年　　月　　日

退職年月日　　　　　令和　　年　　月　　日

休業（　有・無　）　休業期間：　　　　　　　～

休業・退職・減収理由　　【　　新型コロナによる影響　　・　　　その他　　　】

雇用保険（有・無）

上記のとおり証明します。

　　　令和　　年　　月　　日

　　　住　　　所

　　　会社名または雇用者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　担当者名　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ

※お問い合わせ先　　西原町役場　福祉保険課　℡098-911-9163

給　与　明　細　欄　【2021年1月から12月までの支給分】

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**（交通費は含まず）**

　 　　　支給月 勤務日数　　　　 　 　　月　 収 （総支給額）

　　　　　　1

　　　　　　2

　　　　　　3

　　　　　　4

　　　　　　5

　　　　　　6

　　　　　　7

　　　　　　8

　　　　　　9

　　　　　 10

　　　　　　11

　　　　　　12

　　　　　賞与等　(有・無)　　1年に　　　回　　　　月支給　各　　　　　　円

　　　　　　合計金額　　　　　　　　　 　円

 毎月　　　　　　日締め、　　当月・翌月　　　　　日支給

※2020年12月勤務分を2021年1月に支給した場合は、「1月」の欄に記載します。

　2021年1月勤務分を翌2月に支給した場合は、「2月」の欄に記載します。