

給与支払証明書

住 所					氏 名		
採用年月日				職 種		生年月日	S. H. R
控除対象 配偶者の 有 無	有 ・ 無	扶 養 親族等 の氏名			扶 養 親族等 内 訳	同居親族	人
						別居扶養親族	人
						老人同一生計配偶者	人
本 人	特別障害者	該当・非該当	寡婦・ひとり親	該当・非該当		老人扶養親族	人
	その他障害者	該当・非該当				特定扶養親族	人
一年間の給与（時間外手当・賞与・その他手当を含む全支払額） ※ 通勤手当などの非課税部分は除いてください。						普通障害者	人
					特別障害者	人	
年 月	給 与（本俸）		諸手当等		小 計	賞与等	
年 月						年 月	
年 月						年 月	
年 月							
年 月							
年 月						計②	
年 月						○提出月又はその前月からさかのぼって直近一年間を記入してください。 ○会社印・代表者印が無いものは無効です。	
年 月							
年 月							
年 月							
年 月							
年 月							
合 計					計①	計①+②	

上記のとおり支払ったことを証明します。

令和 年 月 日

山口県知事 様
(山口県施設管理財団 経由)

給与支払者 所在地

名称

代表者等

印

連絡先 Tel :

※記入しないでください。（山口県施設管理財団使用欄）

算 出 根 基	収 入（円）	所 得（円）