

年 月 日

大崎町長 様

給与等の支払者

住 所

名 称

氏 名

電話番号

住宅手当等支給証明書

下記の者の住宅手当等支給状況を下記のとおり証明します。

記

1 対象者

| | |
|-----|--|
| 住 所 | |
| 氏 名 | |

2 住宅手当等支給状況

(1) 支給している。

(2) 支給していない。

(年 月現在)
(住宅手当等 月額 円)

注意事項

- 1 住宅手当等とは、住宅に関して事業主が従業員に対し支給し、又は負担する全ての手当等の月額です。
- 2 住宅手当等支給状況については、(1)又は(2)のいずれかに○印をつけてください。
- 3 住宅手当等を支給している場合は、直近の住宅手当等の月額を記入してください。
- 4 法人の場合は社印を、個人事業主の場合は代表者印を押印してください。