**給　与　証　明　願**

　     年     月     日

　    　　　　　　　　　 様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（願出人）住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　氏名    　　　　　　　　　　 　　　 印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（生年月日　　　　　年　　月　　日）

　　　下記のことについて、（続柄     ）    　　　　　　　　 の勤務先である福岡市役所（福岡市職員共済組合）に提出する必要がありますので、証明願います。

記

　　　１　採用年月日　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　退職年月日　　　　　　　　　年　月日

　　　　　雇用保険の適用の有無　　　　　有　・　無

　　　２　給与総支給額（賞与・交通費等を含む）

※直近１年分をご記入ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 　支給年月 | 支給額 | 支給年月  | 支給額 |
|  年 月 | 円 |  年 月 | 円 |
|  年 月 | 円 |  年 月 | 円 |
|  年 　 月 | 円 |  年 月 | 円 |
|  年 月 | 円 |  年 月 | 円 |
|  年 月 | 円 |  年 月 | 円 |
|  　 年 月 | 円 |  年 月 | 円 |

　　　上記のとおり相違ないことを証明する。

　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　証明者（職・氏名）　　　　　印

|  |
| --- |
| （本書の利用目的）被扶養者の認定等を行う際に、被扶養者の要件を満たしているかどうか確認するため、被扶養者申告書の添付書類として利用します。 |