

年 月 日

（宛先）佐渡市長

給与等の支払者
所在地
名称
氏名
電話番号
担当者
印

住宅手当支給証明書

下記の対象者の住宅手当支給状況を次のとおり証明します。また、対象者の補助金返還が生じないよう市外事業所等への転勤による転出を住民登録後、3年間実施しないよう配慮します。

記

1 対象者

住所	
氏名	
就労年月日	年 月 日
雇用形態	<input type="checkbox"/> 正規雇用 <input type="checkbox"/> 非正規雇用 雇用期間 年 月 日 ～ 年 月 日

2 住宅手当支給状況

- (1) 支給している。 (2) 支給していない。

〔 年 月現在
住宅手当 月額 円 〕

注意事項

- 1 住宅手当とは、住宅に関して事業主が従業員に対し支給又は負担する全ての手当等の月額です。
- 2 住宅手当支給状況については、(1)、(2)のいずれかに○印をつけてください。
- 3 住宅手当を支給している場合は、直近の住宅手当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。
- 5 正規雇用とは、週20時間以上の無期雇用契約に基づき就業していることを指します。