様式第９号（第８条関係）

年　　月　　日

波佐見町長

事業所　所 在 地

名　　称

代表者名

（署名又は記名押印）

電話番号

年度　在職及び住宅手当支給証明書

　下記のとおり、正規雇用者としての在職及び住宅手当の支給状況について証明します。

記

１　対象者　住所

　　　　　　氏名

２　在職状況

　　　　　年　　月　　日現在正規雇用者として在職している。

３　事業所の人事異動による転出の予定（いずれかに☑をつけてください。）

　□　転出の予定はない。

□　いずれ転出することが明らかである。

４　住宅手当の支給月額

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 支給月 | 支給額 | 支給月 | 支給額 |
| 月分 | 円 | 月分 | 円 |
| 月分 | 円 | 月分 | 円 |
| 月分 | 円 | 月分 | 円 |
| 月分 | 円 | 月分 | 円 |
| 月分 | 円 | 月分 | 円 |
| 月分 | 円 | 月分 | 円 |

注１　住宅に関して事業主が支給する手当その他の給付について記載してください。

２　記名押印の場合には、法人にあっては法人の印を、個人事業所にあっては代表者の印を押印してください。

対象従業員（署名）