

御中

この度につきまして、私の扶養家族としての認定を受け
ることを希望しています。つきましては貴社におけるに
ついでの雇用内容を下記のとおりご確認頂きますよう、お願い申し上げます。

..... 印

収入見込証明書

被 雇 用 者 名					
以下、報酬について支払方法別にご記入ください。					
支払方法	月 給	日 給	円/日	時 給	円/時
				実労働時間	時間/日
稼働日数(平均)		1ヵ月平均して	日程度	1ヵ月平均して	日程度
支給額	本給	円	円/月		円/月
交通費の支給はありますか？ (ある ・ ない) ある場合には次にご記入ください。					
交通費 (1ヶ月)			円/日		円/日
		円/月	円/月		円/月
(定期の場合/1ヶ月)		円/月	円/月		円/月
諸手当がある場合	[手当名]	[金額]		[手当名]	[金額]
			円/月		円/月
			円/月		円/月
総 支 給 額 (1ヶ月) + +					円/月

総支給額とは、社会保険料や地方税などが控除される前の金額のことです。

平成 年 月 日

(事業所所在地)

(事業所名称)

(事業主名)

印