様式第２号

　 年　 月　 日

三川町長　殿

給与等の支払者　住所

事業所名

代表者名

担当者名

電話

住宅手当支給証明書

下記の者の住宅手当支給状況を次のとおり証明します。

記

１　対象者

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 |  |
| 氏名 |  |

２　住宅手当支給状況

(1) 支給している。

　　　　　　　　　　年　　　　　　月現在

　　　　住宅手当　　　　　　　　　円

(2) 支給していない。

（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する全ての手当等です。

２　対象者が婚姻を機に新たに居住した、上記住所地の住宅に係る手当の額です。

３　住宅手当支給状況については、(1)、(2)のいずれかに○印を付けてください。

４　住宅手当を支給している場合は、直近の月額を記入してください。

５　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。

６　不明点は、役場企画調整課（0235-35-7013）にご連絡ください。