

証 明 書

氏 名：

生年月日： 年 月 日

上記職員に対し、下記親族に係る扶養手当（家族手当等）を支給していないことを証明します。

記

職員との続柄	氏 名	生 年 月 日	備 考
		年 月 日	扶養控除はして い る い ない

年 月 日

所在地
名 称
代表者

印