

証 明 書

氏 名 _____

生年月日 _____

上記の者に対して、下記の者に係る扶養手当又はこれに相当する給与を支給していないことを証明します。

記

氏 名	続 柄	生 年 月 日	備 考

以 上

令和 年 月 日

(証明者)

住 所

代表者

⑥