健保等級証明書

補助対象期間：令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 補助対象業務従事者（所属・役職・氏名） | 健保等級 | 賞与の支給回数 | 備考 |
| 　　月 | 　　月 | 　　月 | 　　月 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

令和　　年　　月　　日

　墨田区プロトタイプ実証実験支援事業費補助金に係る補助対象業務従事者の健保等級について、上記のとおり証明します。

　名称（社名等）：

　所属部署名：

　証明者氏名（自署）：

※本様式は、「３　人件費単価の算定について」における健保等級適用者にのみ使用する。

※証明者は補助対象事業における給与担当課長や代表者等とする。（代表者の場合は所属部署名は空欄にすること）

※事業の開始月、定時決定月（９月）、新規の登録従事者の従事開始月、健保等級に改訂がある月につ

いては必ず記載する。

※備考欄には賞与の支給日（あるいは支給予定日）を記載する。