給与証明書

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） | 月額給与等 | 備考 |
| 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 |
|  | 給与額 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 賞与相当額 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 賞与の支給回数 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 給与額 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 賞与相当額 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 賞与の支給回数 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 給与額 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 賞与相当額 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 賞与の支給回数 |  |  |  |  |  |  |  |  |

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給与支給額について、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以外の者のうち、給与体系が年

棒制及び月給制の者にのみ使用し、年棒制の者については算定した月給額を記載する。

※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、新規の補助対象業務従事者の従事開始月、給与に変更がある月については必ず記載す

る。