

様式第7号（第7条関係）

通勤手当支給額証明書

年 月 日

（提出先）佐久市長

所在地  
事業者名  
代表者名  
電話番号  
担当者

下記のとおり相違ないことを証明します。

記

勤務者名					
勤務者住所		〒			
新幹線利用に係る通勤手当支給有無		<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し			
通勤と手当支給実績について（手当支給が「有り」の場合に以下を記入）					
通勤年月	通勤日数 （勤務先への 通勤日数）	通勤手当 支給月額	通勤年月	通勤日数 （勤務先への 通勤日数）	通勤手当 支給月額
年 月	日	円	年 月	日	円
年 月	日	円	年 月	日	円
年 月	日	円	年 月	日	円
年 月	日	円	年 月	日	円
年 月	日	円	年 月	日	円
年 月	日	円	年 月	日	円

この証明書が、佐久市リモートワーカー等新幹線通勤補助金の自己負担額を確認する書類であることを理解し、当該補助金の事務のため、記載内容に関する勤務者の勤務状況などの情報を、佐久市の求めに応じて提供することについて、勤務者本人の同意を得ています。