

(別紙)

令和 年 月 日

五所川原市長
佐々木 孝昌 様

給与支払者
所在地(住所)
名称(氏名) 印
部署・担当者名
連絡先(電話)

回 答 書

令和 年 月 日付五収発第 号の
「給与等の支給状況の照会について」について、下記のとおり回答します。

記

1. 照会対象者

住 所			
氏 名		生 年 月 日	

2. 回答

給与等状況	令和 年 月支給分		令和 年 月支給分		令和 年 月支給分	
	給与の総支給額	円	円	円	円	円
控除額	所 得 税	円	円	円	円	
	住 民 税	円	円	円	円	
	社 会 保 険 料	円	円	円	円	
支給日・給与締切日	毎月 日	(給与締切日 毎月 日)				
支与給等状況賞	直前の賞与の総支給額	円				
	直前の賞与の支給日					
	照会日以降の支給日					
家族数(本人を除く)	人 (内扶養家族 人)					
給与等の支給方法	その他の場合()					
振込口座座 (口座振込の場合)	金融機関名及び支店名					
	預金の種類及び口座番号	種類:	番号:			
退職年月日(退職している場合)						
他機関による差押えの有無			(有の場合) 執行機関名:			
生命保険控除の有無 (直近の年末調整による)			(有の場合) 保険会社名:			
照会対象者の連絡先 連絡先(携帯番号含む) 【電話番号: 番号】						
備考						

(※) その他参考事項がありましたら、備考または別紙にご記載ください。