

様式第2号（第5条関係）

通勤手当等証明書

- 1 勤務する方の住所：埼玉県比企郡小川町 _____
氏名： _____
- 2 東武東上線利用区間 東武東上線 _____ 駅 ～ _____ 駅
- 3 通勤定期券通用期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 年 _____ 月 _____ 日まで

- 通勤定期代とT Jライナー座席指定券代を支給している。
 通勤定期代のみ支給している。
 通勤定期代とT Jライナー座席指定券代のいずれも支給していない。
 その他(_____)

※該当する項目の□欄にレ点を付けてください。

通勤手当の支給状況について、上記のとおり証明します。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

【勤務先】

所在地： _____

名 称： _____ (印)

御担当者氏名： _____

電話番号： _____

※この証明書は、小川町通勤者座席指定券購入費補助金交付事務の目的でのみ使用
します。

※この証明書の内容について、確認等をさせていただくことがあります。