

受付年月日		印	
-------	--	---	--

## 就 労 状 況 申 告 書

令和 年 月 日

(申告先)

横浜市

福祉保健センター長

申告者 住 所 区  
氏 名

私の就労状況について、次のとおり申告します。

勤 務 先 名			
所 在 地			
電 話 番 号	( )		
勤め始めた日	昭和・平成・令和 年 月 日		
勤める 形態	常用・臨時・日雇・パートタイム・その他( )		
勤める 時間	午前・午後 時 分から 午前・午後 時 分まで 実働 時間 分		
仕事の 内容 (具体的に詳しく)			
休日 (定休日を含む)			
給与の 単位	月給 円	日給 円	時給 円
給与 支給日	締切日 毎月 日	給与支払 当月 日払	翌月 日払
次期 昇給月	令和 年 月 日		
賞与・寸志・一時金 ・もち代等	無・有	月・月・月に支給	
通 勤 経 路 通 勤 方 法 通 勤 交 通 費	通勤経路	通勤方法	通勤交通費
	から まで		定期・その他( ) 円
	から まで		定期・その他( ) 円
	から まで		定期・その他( ) 円
	合 計		円
通勤手当の有無	通勤手当 : 無・有 計		円
社 会 保 険	健康保険 : 無・有	記号番号 :	
		資格取得 : 平成・令和 年 月 日	
	厚生年金 : 無・有	記号番号 :	
		資格取得 : 平成・令和 年 月 日	
	雇用保険 : 無・有	記号番号 :	
		資格取得 : 平成・令和 年 月 日	

(注意) 月 日までに福祉保健センターに提出してください。