**生活福祉資金特例貸付　収入減少証明書**

社会福祉法人　沖縄県社会福祉協議会会長　殿

（被雇用者）

氏　　名

生年月日

住　　所

上記の者につき、新型コロナウイルス感染症に起因する収入減少が

［　あった　・　無かった　］ことを証明いたします。

　↑該当するところ○で囲む

令和３年　　月　　日

《 雇 用 者 》

名　　称

代表者名　　 　　　　　 　㊞

所 在 地

電　　話

担 当 者

【特記事項】

（1）この様式は、新型コロナウイルス感染症による収入減少があった者を対象とする貸付

制度の申請に必要な書類です。

（2）収入減少の金額は関係ありません。収入減少があったかどうかの事実を踏まえ証明してください。