

所在地（住所）

名称 (氏名)

部署名・担当者名

連絡先

○○ ○○様

In the case of the *Chlorophyll fluorescence*, the model was fitted to the data by minimizing the sum of squares of the residuals between the observed and predicted values.

〇〇年〇〇月〇〇日付 〇〇〇第〇〇号 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

[illegible]

2. 回答

給与等の状況	給与の総支給額		年 月支給分	年 月支給分	年 月支給分								
	控除額	所得税	円	円	円								
		住民税	円	円	円								
		社会保険料	円	円	円								
	支給日・給与締切日		毎月 日 (給与締切日 毎月 日)										
賞与等の状況	直前の賞与の総支給額		円										
	直前の賞与の支給日		年 月 日										
	照会日以降の支給日		年 月 日										
家族数(本人を除く)			人 (内扶養家族 人)										
給与等の支給方法			口座振込・現金支払・その他 ()										
振込口座 (口座振込の場合)			金融機関名及び支店名 /										
退職年月日 (退職している場合)			預金の種類及び口座番号 普通・その他 () / NO.										
退職年月日 (退職している場合)			年 月 日										
他機関による差押えの有無			有 ・ 無 (有の場合) 執行機関名										

(※) その他参考事項がありましたら、余白または別紙にご記載ください。