様式１―１

令和　　年　　月　　日

厚生労働大臣　殿

（法人の主たる事務所の所在地）

（法人名）

（法人の長）　　　　　　　印

証明申請書

法人税法施行規則第５条第６号の基準に該当することにつき貴殿の証明を求めます。

【連絡先】

（担当）

TEL

FAX

【連絡先】

（担当）

TEL

FAX