

(様式第 1 号の 1)

年 月 日

岩手県知事 様

所在地

特定受注者の名称

代表者氏名

賃金支払状況等の報告について

年 月 日付け（文書番号）により求めのあった標記について、下記のとおり報告します。

記

1 特定県契約の名称及び契約日

名称：

契約日：

2 賃金支払状況等報告書

別添のとおり。

(備考) この様式は、必要に応じ適宜変更することができる。

(様式第1号の2)

賃金支払状況等報告書(元請用)

特定県契約の名称		
契約の相手方(県発注室課)		
契約期間		年 月 日 ~ 年 月 日
報告者	特定受注者名	
	部署・氏名	
	電話番号	
賃金支払日		年 月 日
労働保険番号		

番号	従業員氏名	賃金形態	1時間当たりの賃金	社会保険						備考
				健康保険		厚生年金		雇用保険		
				加入有無	未加入理由	加入有無	未加入理由	加入有無	未加入理由	
1			円							
2			円							
3			円							
4			円							
5			円							
6			円							

※1 下請負者等がある場合は、下請負者等の報告一覧(様式第1号の3)及び下請負者等が作成した報告書(様式第2号)を添付すること。また、工事請負契約においては、建設業法(昭和24年法律第100号)第24条の7に規定する施工体系図の写しも併せて添付すること。

※2 当該契約が特定県契約である旨の労働者への明示の状況(県が締結する契約に関する条例施行規則第6条第1項)が分かる写真又は特定県契約である旨を記載した書面を労働者が受領したことを証する書類を添付すること。

(備考) この様式は、必要に応じ適宜変更することができる。

(様式第1号の3)

年 月 日

岩手県知事 様

所在地

事業者の名称

代表者氏名

下請負者等の報告状況一覧

このことについて、下記のとおり報告します。

記

1 特定県契約の名称及び報告者名

特定県契約の名称		
報告者	部署・氏名	
	連絡先電話番号	

2 下請負者・再委託業者の報告状況

No.	下請負者・再委託業者		報告の有無
1	会社名		有・無
	担当工事（業務）内容		
	工期又は委託期間		
2	会社名		有・無
	担当工事（業務）内容		
	工期又は委託期間		
3	会社名		有・無
	担当工事（業務）内容		
	工期又は委託期間		

※1 報告の有無の欄の「有」・「無」のいずれかを○で囲んでください。

※2 報告「無」の下請負者・再委託業者については、「説明を求めた日、説明を求めた方法及び説明を求めた日以降の経過」に係る説明を任意の様式により添付してください。

(備考) 1 この様式は、必要に応じ適宜変更することができる。

2 下請負者・再委託業者が多くなる場合は、項目2を別葉とすることができる。

(様式第2号)

年 月 日

岩手県知事 様

所在地

事業者の名称

代表者氏名

賃金支払状況等報告書（下請負者等用）

このことについて、次のとおり報告します。

特定県契約の名称	
契約の相手方（発注者）	
契約期間	年 月 日 ～ 年 月 日
報告担当者	所属： 氏名：
連絡先電話番号	
賃金支払日	年 月 日
労働保険番号	

区 分	項 目	回 答
賃 金	岩手県の地域別最低賃金又は特定（産業別）最低賃金額以上の賃金を支払っていますか。（最低賃金法第4条第1項）	はい・いいえ
	当該契約に係る業務に直接従事する労働者で最も低い労働賃金単価はいくらですか。 ※ 最低賃金法第7条の規定の適用を受ける労働者は除く。	1時間当たり _____円
社会保険	健康保険の被保険者の資格の取得に係る届出を行っていますか。（健康保険法第48条）	はい・いいえ
	厚生年金保険の被保険者の資格の取得に係る届出を行っていますか。（厚生年金保険法第27条）	はい・いいえ
	雇用する労働者が雇用保険適用事業の被保険者となったことの届出を行っていますか。（雇用保険法第7条）	はい・いいえ

※1 回答欄の「はい」・「いいえ」のいずれかを○で囲んでください。

※2 回答欄の「1時間当たり _____円」には、当該契約に係る業務に直接従事する労働者で最も低い1時間当たりの賃金額を記入してください。

※3 この報告書は、賃金支払状況等報告書作成支援シートを作成の上、その内容に基づいて作成し、同支援シートは報告日から1年間保存してください。

（備考）この様式は、必要に応じ適宜変更することができる。