

資格内容変更届

受給対象者	資格証区分	<input type="checkbox"/> 乳幼児・子ども <input type="checkbox"/> ひとり親 <input type="checkbox"/> 重心児者 <input type="checkbox"/> 重心後期	
	受給者証番号		
	氏名		
	住所		
	生年月日		
	個人番号		
加入保険	被保険者名等		
	保険の種類	<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> その他()	
	記号番号		
	附加給付の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	保険者名		
<p style="text-align: center;">氏名</p> <p>上記のとおり 住所 を変更しましたのでお届けします。</p> <p style="text-align: center;">加入保険</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">住所</p> <hr style="width: 80%; margin: 5px auto;"/> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">届出人 氏名</p> <hr style="width: 80%; margin: 5px auto;"/> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">電話番号</p> <hr style="width: 80%; margin: 5px auto;"/> <p style="margin-top: 20px;">美浜町長 様</p>			