能代市母子家庭等高等職業訓練促進給付金等受給資格変更届

　　　年　　　月　　　日

能代市長　　　　　　　　　　　　様

支給決定者氏名

　能代市母子家庭等高等職業訓練促進給付金等事業実施要綱第１１条第３項の規定に基づき、下記のとおり届け出ます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年　　月　　日(　　　歳) |
| 氏名 |  |
| 個人番号 |  |
| 住所 | （〒　　　　－　　　　　） | 電話 |
| 変更内容※（　　）内に変更内容を記入してください。 | ア　支給決定者又は支給決定者と同一の世帯に属する者に係る市町村民税の課税状況が変わった。（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）イ　世帯を構成する者に異動があった。（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）ウ　その他変更があった。（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 変更が発生した日 | 　　　　　　年　　　月　　　日 |
| （備考） |

|  |
| --- |
| 支給決定者と同一の世帯に属する者の氏名等について |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年　　月　　日(　　　歳) |
| 氏名 |  |
| 個人番号 |  |
| 住所 | （〒　　　　－　　　　　） | 続柄 |  |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年　　月　　日(　　　歳) |
| 氏名 |  |
| 個人番号 |  |
| 住所 | （〒　　　　－　　　　　） | 続柄 |  |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年　　月　　日(　　　歳) |
| 氏名 |  |
| 個人番号 |  |
| 住所 | （〒　　　　－　　　　　） | 続柄 |  |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年　　月　　日(　　　歳) |
| 氏名 |  |
| 個人番号 |  |
| 住所 | （〒　　　　－　　　　　） | 続柄 |  |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年　　月　　日(　　　歳) |
| 氏名 |  |
| 個人番号 |  |
| 住所 | （〒　　　　－　　　　　） | 続柄 |  |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年　　月　　日(　　　歳) |
| 氏名 |  |
| 個人番号 |  |
| 住所 | （〒　　　　－　　　　　） | 続柄 |  |