

●この用紙を印刷してFAXをお送りください。

厚生労働省 給付金専用ダイヤル行
FAX : 06-6645-6278

※ 送信前に、番号にお間違いがないかお確かめください ※

| | | | | | | | | | | | |
|--------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| フリガナ | | | | | | | | | | | |
| お名前 | | | | | | | | | | | |
| 送信先 FAX番号 | ※必ず市外局番から、大きな文字でご記入ください。ハイフンは不要です。 <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| お問合せ 内容 | | | | | | | | | | | |

- FAXは24時間受付をしております。
- ご回答はおおむねFAXを頂いた翌々日（土日祝は含まず）となります。

