

## 情報／証明に関する必要事項

通知日： \_\_\_\_\_  
ケース名： \_\_\_\_\_  
ケース番号： \_\_\_\_\_  
担当者名： \_\_\_\_\_  
ワーカー番号： \_\_\_\_\_  
電話番号： \_\_\_\_\_  
ワーカーの対応時間： \_\_\_\_\_  
住所： \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

---

あなたの世帯における変更についての情報を受領しました。この変更があなたの給付に影響するかの確認のため、あなたの協力が必要となります。当局では、資格がある給付に関してはすべて交付したいと考えています。これによって給付の減額や交付停止となる場合は通知が送られます。

- あなたは、翌月の給付が増額する可能性のある変更内容を報告しました。次回の給付を正しく受け取るために、以下に記載される項目を \_\_\_\_\_ まで提出してください。これらの項目の提出に時間がかかる場合は、この日付の前にお知らせください。項目記載後の提出がこの日付以降の受領となる場合は、給付の増額が遅れることとなります。これらの項目の取得で支援が必要な場合は、郡のCalFresh（旧フードスタンプ）オフィスまでお問い合わせください。