Ｆ　Ａ　Ｘ　送 信 票

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 発信日 | 令和 ５ 年　　 月 　 日　（　　　） | | | |
| 送信先 | 大阪府子ども食費支援事業コールセンター  送信先ＦＡＸ番号： 06-7739-8896 | | | |
| 氏　 名 | （氏フリガナ） |  | （名フリガナ） |  |
|  | |  | |
| 問合せ内容  給付申請用紙希望の  場合は、記入不要です。 | 申請番号（申請済みの場合のみ） | |  | |
|  | | | |
|  | | | | |
| 希望する返信方法 　※下記のいずれかにチェック（✔）を入れて、番号等を記入してください。 | | | | |
| □　　FAX | （FAX番号） | -　　　　　　- | | |
| □　　メール | （フリガナ） |  | | |
| @ | | | |
| □　　電話 | （電話番号①） | -　　　　　　- | | |
| （電話番号②） | -　　　　　　- | | |
| （繋がりやすい  時間・曜日） |  | | |
|  | | | | |
| 給付申請用紙の郵送を希望しますか。  ※いずれかにチェック（✔）を入れてください。 | | | □　希望する  □　希望しない | |
| 希望する場合は下記の必要事項を記入してください。 | | | 申請人数　　　　　　　　　人 | |
| 宛　　名 | （氏フリガナ） |  | （名フリガナ） |  |
|  | |  | |
| 対象者※との続柄  ※平成17年4月２日以後  に生まれた子ども又は妊婦 | 下記のいずれかにチェック（✔）を入れてください。  □父または母　　□里親　　□その他の保護者　　□対象者本人（妊婦） | | | |
| 送付先住所 | 〒 | | | |
|  | | | |