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 | 〒 |
| 　 |