

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：06-6944-9105
氏 名	(氏フリガナ) <input style="width: 100%;" type="text"/>
	(名フリガナ) <input style="width: 100%;" type="text"/>
問合せ内容	(給付申請用紙希望の場合は、記入不要です。)

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。	
<input type="checkbox"/> FAX	(FAX 番号を記入してください) - -
<input type="checkbox"/> メール	(フリガナ) <input style="width: 100%;" type="text"/> @
<input type="checkbox"/> 電話	(電話番号を記入してください) - -

給付申請用紙の郵送を希望しますか。 ※いづかにチェック(✓)を入れてください。	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 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。	
宛 名	(氏フリガナ) <input style="width: 100%;" type="text"/> (名フリガナ) <input style="width: 100%;" type="text"/>
対象者※との続柄 <small>※平成16年4月2日以後に生まれた子ども又は妊婦</small>	下記のいずれかにチェック(✓)を入れてください。 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 養父母 <input type="checkbox"/> 未成年後見人 <input type="checkbox"/> 里親 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他対象者と同居する世帯主であって、子どもを現に監護する者
送付先住所	〒 <input style="width: 100%;" type="text"/>