

# F A X 送 信 票

発 信 日	令和 8 年 月 日 ( )
送 信 先	大阪府子ども・大学生等食費支援事業コールセンター 送信先FAX番号：06-6676-8963
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	申請番号(申請済みの場合のみ)     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) <input style="width: 100%;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> メール	(フリガナ) <input style="width: 100%;" type="text"/> @ <input style="width: 100%;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> 電 話	(電話番号①) <input style="width: 100%;" type="text"/>
	(電話番号②) <input style="width: 100%;" type="text"/>
	(繋がりがやすい 時間・曜日) <input style="width: 100%;" type="text"/>

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。	<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。	申請人数 人
宛 名	(氏フリガナ) <input style="width: 100%;" type="text"/> (名フリガナ) <input style="width: 100%;" type="text"/>
対象者生年月日	西暦・平成・令和 年 月 日
対象者との続柄	下記のいずれかにチェック(✓)を入れてください。 <input type="checkbox"/> 父または母 <input type="checkbox"/> 里親 <input type="checkbox"/> その他の保護者 <input type="checkbox"/> 対象者本人(妊婦) <input type="checkbox"/> 対象者本人(19歳~22歳)
送付先住所	〒 <input style="width: 100%;" type="text"/>