

# F A X 送 信 票

発 信 日	令和 7 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	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。		

<b>希望する返信方法</b> ※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 type="checkbox"/> メール	(フリガナ)	@
<input type="checkbox"/> 電 話	(電話番号①)	- -
	(電話番号②)	- -
	(繋がりやすい 時間・曜日)	

<b>給付申請用紙の郵送を希望しますか。</b> ※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
<b>希望する場合は</b> 下記の必要事項を記入してください。	
宛 名	(氏フリガナ) _____ (名フリガナ) _____ _____
<b>対象者※との続柄</b> <small>※平成19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)
送付先住所	〒 _____