ＦＡＸ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）	（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	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） □対象者本人（19 歳～22 歳）	
送付先住所	〒	