

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。		

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。		
☐ F A X	(FAX 番号)	- -
☐ メール	(フリガナ)	
		@
☐ 電 話	(電話番号①)	- -
	(電話番号②)	- -
	(繋がりのやすい 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
<u>希望する場合は</u> 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19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	〒	