

様式第9号（第30条関係）

点字図書給付申請書

年 月 日

美濃加茂市長（氏名）宛

申請者 住所
氏名
（給付対象者との続柄）

次のとおり点字図書の給付を申請します。

対 象 者	氏名		生年 月日	年 月 日 (歳)
	住所			
	手帳番号	第 号	年 月 日交付	
	障害名		障害等級	
点字図書を希望する理由				
給付を受けたい点字図書		巻数	巻	
点字図書出版施設名				
備 考				