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 | | |  | | | | | | | |