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 | 　 |