

点字図書給付申請書

年 月 日

三春町長 様

申請者（住所）

（氏名）

印

三春町地域生活支援事業実施規則第31条第1項により、次のとおり給付を申請します。

身体障害者手帳番号		第 号		年 月 日交付	
対象者 氏名		生年 月日	年 月 日（ 歳）		
住所			電話	—	
障害名				等級	級
希望する 点字図書名					
出版施設					
備考					

※ 点字出版施設が発行する「点字図書発行証明書（第10号様式）」を添付すること。