

様式第1号(第6条関係)

点字図書給付申請書

年 月 日

魚沼市長 様

申請者 住 所  
電 話  
氏 名

下記により点字図書の給付を申請します。

対 象 者	住 所												
	氏 名							申 請 者 との続柄				男・女	
		個人番号					-					-	
	生 年 月 日	年 月 日 ( 歳)											
	身 体 障 害 者 手 帳	第 号( 年 月 日交付)											
	障 害 名 ・ 等 級	視 覚 障 害 ・ 級											
給付を受けたい点字図書名													
点字図書出版施設名													
備 考													