様式第１号（第５条関係）

点　字　図　書　給　付　申　請　書

　　年　　月　　日

　　　　日南町長　　様

申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （対象者との続柄　　　　　 ）

下記により点字図書の給付を申請します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 氏　名 |  | 男・女 | 生年月日 |  　年　　月　　日 （　　歳） |
| 住　所 |  |
| 身体障害者手帳番号 | 第　　　　　号 | 　　年　　月　　日交付 |
| 点字図書を必要とする者が18歳未満の場合扶養義務者名 |  | 扶養義務者住所 |  |
| 給付を希望する理由 |
| 備　　　考 |  |