（様式第10号）

|  |
| --- |
| **点字図書給付申請書**　　　　年　　月　　日椎葉村長　殿（申請者）　住　所氏　名下記により　点字図書給付の申請します。 |
|  | 申請者 | 氏　名 | 　　　　　　　 | 男・女 | 生年月日 |  | 年　　　　月　　　　日 |  |
| 住　所 | 〒電話番号 |
| 　支給申請に係る障害児氏名 |  | 生年月日 | 　　 | 年　　　　月　　　　日 |
| 続　柄 |  |
| 身体障害者手帳番号 | 級 | 療育手帳番号 |  | 精神障害者保健福祉手帳番号 |  |
| 希望する点字図書名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　計　　　　　　冊 |
| 出版施設名 |  |
| 給付上特に希望する事項 |  |
| なお、□　月額負担上限額に関する認定について、下記の区分の適用を申請します。（あてはまるものに○をつける。いずれにも当てはまらない場合は空欄とする。）１　生活保護受給世帯２　市町村民税非課税世帯に属する者であって、合計所得金額及び障害者基礎年金等の収入の合計額が80万円以下のもの（低所得１）３　市町村民税非課税世帯に属する者であって、２以外のもの（低所得２）□　下記のいずれにもあてはまるため、住民票に記載された世帯ではなく、申請者のみ又は申請者及びその配偶者のみの世帯とすることを申請します。１　税制上、同一の世帯に属する親、兄弟、子供等が障害者を扶養控除の対象としていない。２　健康保険制度において、同一の世帯に属する親、兄弟、子供等の被扶養者となっていない。 |  |
| ※１　この申請書には、当該障害者等の属する世帯の収入を証明する書類を添付すること。　　　生活保護受給世帯　　→福祉事務所の証明書等　　　低所得１，低所得２　→世帯全員の市町村民税の課税・非課税証明書，障害者（障害児の場合は保護者）の障害年金等，特別児童扶養手当，特別障害者等の受給状況がわかる資料 |  |