様式第１号

点字図書給付申請書

年　　月　　日

　　八頭町長　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　　日生  （　　歳） | |
| 住　所 | 〒　　　－  鳥取県八頭郡八頭町 | | | | | | | | | |
| 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 | | |  | | | | | | | | |