

様式第1号(第5条関係)

障害者等点字図書給付費支給申請書					
					年 月 日
時津町長 様					
申請者 住 所 氏 名 給付対象者との続柄					
下記により点字図書給付費支給の申請をします。 点字図書給付費支給申請の決定に必要な場合には、この申請に係わる世帯状況、所得・課税状況、生活保護受給状況等について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。					
対 象 者	氏 名		男・女	生年月日	年 月 日
	住 所				
	身体障害者手帳番号	第	県(市)号	年 月 日交付	
	障害名			障害等級	種 級
世 帯 の 状 況	氏 名	対象者との続柄	生年月日	職 業	備 考
購入が必要な点字図書の名称等					
出版施設名					
出版施設所在地等		〒 電話番号() —			

* 添付書類

- 出版施設の見積書
- その他