様式第７号（第11条関係）

|  |
| --- |
| **点字図書給付申請書**　　年　　月　　日　三股町長　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（申請者）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　対象者(児)との続柄　（　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　（　　　）　下記のとおり、点字図書の給付を申請します。 |
| 対象者（児） | 氏　名 |  | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 　　　　年　　月　　日 |
| 住　所 | 〒 |
| 身体障害者手帳番号 | 　　　県　　　第　　　　号 | 障害の内容（等級） | （　 級） |
| 療育手帳番号 |  | 精神障害者保健福祉手帳番号 |  |
| 世帯の状況等 | 氏名 | 続柄 | 生年月日 | 職業 | 備考（対象者(児)に対する介護の状況等） |
|  |  | 　年　月　日 |  |  |
|  |  | 　年　月　日 |  |  |
|  |  | 　年　月　日 |  |  |
|  |  | 　年　月　日 |  |  |
|  |  | 　年　月　日 |  |  |
| 給付を希望する理由 |  |
| 希望する点字図書名 | 計　　　　冊　 |
| 給付上特に希望する事項 |  |
| 出版施設 | 名　称 |  |
| 所在地 |  |
| 電　話 | 　　　　（　　　） |
| 備考 |  |

※　この申請書には、点字図書発行証明書（様式第７号）を添付すること。

　上記に係る決定のため、必要があるときは、対象者（児）及びその世帯員の所得及び課税の状況等について調査及び照会、閲覧することを承諾します。

年　　月　　日

申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞