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　　　　　　　　　　　　　　㊞