

点字図書給付申請書

年 月 日

大阪市 区保健福祉センター所長 あて

申請者	住所	(対象者との続柄)
	氏名	

次のとおり、点字図書の給付を申請します。

対象者	氏名		生年月日	年 月 日	
	住所				
	身体障がい者手帳	交付日		番号	
		障がい程度	視覚障がい 級		
申請図書	図書名				
	作者名				
	出版施設				
	価格	円	巻数	巻	

地域保健福祉担当記入欄			
給付内容	自己負担額	円	今年度給付状況 タイトル 巻
	公費負担額	円	

※上記の内容で給付決定します。

起案年月日	決定番号				
・	区第 号				
決裁年月日	課長	係長	係員	公印審査	文書主任
・					