

(様式第6号)

大 保福第 号
年 月 日

申 請 者 様

区保健福祉センター所長

点字図書給付決定取消通知書

年 月 日付け、次のとおり給付決定した点字図書について、
その決定を取り消しますので通知します。

記

1. 申請年月日
2. 給付決定番号
3. 取消理由