

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
・					