（様式第５号）

　年　月　日

区保健福祉センター所長　あて

氏名

点字図書給付申請取下届

　　　　　年　　月　　日付け、次のとおり給付決定された点字図書について、その申請を取り下げます。

記

1. 給付決定番号　　　　　　　　　区　第　　　　　　　　号
2. 給付対象図書
3. 取下理由