

(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