

様式第1号（第5条関係）

春日市点字図書給付申請書

（宛先）春日市福祉事務所長

年 月 日

（申請者）住 所

氏 名

対象者との続柄

電 話

点字図書の給付を受けたいので、春日市点字図書給付事業実施規則第5条第1項の規定により、次のとおり申請します。

なお、点字図書の給付決定のため、住民基本台帳及び市民税課税台帳の閲覧並びに関係機関への照会等を行うことに同意します。

対 象 者	住 所					
	氏 名			性 別		
	生年月日	年 月 日		電 話		
	身体障害者 手 帳	都道府県市 第 号	等 級	障 害 名		
給付を希望する 点字図書の名称		年 月 日 交付・再交付			巻数	巻
出 版 施 設 名						

市 記 入 欄	点字図書の 価格	円	自己負担額	円	公費負担額	円
	担当者の 意見			所得要件	基準未満	基準以上

上記の申請について、（ 決定・却下 ）してよろしいか伺います。

担当	係長	課長	決 裁