様式第１号（第４条関係）

点字図書給付（取消）申請書

年　月　日

伊達市福祉事務所長

申請者住所

氏名　　　　　　　　　　　印

（給付対象者との続柄:　　　　　）

点字図書の給付を受けたい（取消したい）ので、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 給付対象者 | 住所 |  | | | | 電話番号 |  | |
| 氏名 |  | | 男・女 | 年　月　日生(　　歳) | | | |
| 身体障害者手帳番号・等級 | | | 第　　　　号 | | | | 級 |
| 障害名 | |  | | | | | |

※添付書類：点字図書発行証明書