様式第１号（第４条関係）

点字・声の広報給付申請書

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・声の広報の給付を受けたいので、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 |  |
| 希望形態 | 点字広報　・　音声広報（　カセットテープ　・　CD　） |