

点 字 図 書 発 行 証 明 書

○給付申請者

氏 名 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

○給付対象児

氏 名 \_\_\_\_\_

○給付申請図書

図 書 名 \_\_\_\_\_

出版施設名 \_\_\_\_\_  
(代表者が自署しない場合は、記名押印してください。)

価 格 \_\_\_\_\_円

巻 数 \_\_\_\_\_

自己負担額 \_\_\_\_\_円

給 付 証 明 書

上記の点字図書を給付することを証明する。

堺市 保健福祉総合センター所長 印