

# 丹波市点字・声の広報等発行事業利用申請書

令和 年 月 日

丹波市長 様

申請者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

(利用者との続柄: \_\_\_\_\_)

丹波市点字・声の広報等発行事業の利用について下記のとおり申請します。

利用者	フリガナ		年齢	歳	生年月日
	氏名				明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日
	住所	〒			電話番号
障がいの種類 (種別・等級、 傷病・障がい名)				利用の 種類	(どちらかに○をつけて下さい) <b>点字・声の広報</b>
利用希望の 主な理由					
他の連絡先		〔電話〕			
		〔電話〕			

〔丹波市使用欄〕 (福祉部障がい福祉課)

手帳確認:  済