

受付印

広報くさつ点字版・声の広報を希望します

住 所	〒
氏 名	
電話番号	
生年月日	年 月 日 (歳)
希望するものに○をしてください	広報くさつ点字版 ・ 声の広報
対 象	級 種

※障害の程度などについて、障害者手帳を確認させていただくか、障害福祉課に確認させていただきますので、ご了承ください。

※広報くさつ点字版は、1日号の内容を抜粋して、1日すぎに草津市社会福祉協議会を通じてお届けします。

※声の広報は、広報くさつ1日号と15日号の内容を、カセットテープ（60分）にまとめ、15日すぎに草津市社会福祉協議会を通じてお届けします。

【担当】草津市広報課 TEL 561-2327 FAX 561-2483