様式第１号（第５条関係）

草津市視覚障害者点字新聞購読助成金交付申請書

年　　月　　日

草津市長　様

申請者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　印

助成対象者との続柄（　　　　）

電話番号（　　　　－　　　－　　　　）

草津市視覚障害者点字新聞購読助成金交付事業実施要綱第５条の規定により、草津市視覚障害者点字新聞購読助成金の交付について、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者氏名 |  | | | | |
| 対象者住所 |  | | | | |
| 身体障害者手帳 | 県・都・道  ・府・市 | | 第　　　　　号 | | 視覚障害  第　　種　　級 |
| 助成対象経費 | 円 | | | | |
| 交付申請額 | 円 | | | | |
| 振込先 | 振込希望  金融機関名 | 農協  　　　　　　　　　銀行  　　　　　　信用金庫　　　　　　　　　　支店 | | | |
| 預金種別 | 普通・当座 | | 口座番号 |  |
| フリガナ  口座名義人 |  | | | |

* 添付書類：点字新聞の購読料の支払いを証する書類
* 振込先は、障害者本人の口座を指定してください。