

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。