

点訳・音声訳等支援事業利用申請書

年 月 日

多治見市社会福祉事務所長

申請者 住所 〒

氏名 印

電話番号（連絡先）

次のとおり、点訳・音声訳等支援事業の利用を申請します。
なお、必要に応じ本申請内容を視覚障害者サービス市民活動団体に提供されることに同意します。

利用者氏名		生年月日	年 月 日生
住所・連絡先	☐ 申請者に同じ (〒 -) 電話番号（連絡先） () - 自宅・携帯		
身体障害者手帳番号	号		級
障害名・疾病名			
利用区分	点訳 ・ 音声訳 ・ ()		
対象文書			
納品希望日	年 月 日		
※申請書を代理記入しました。 年 月 日 確認者 印			