

様式第1号

真岡市老人性白内障特殊眼鏡等費用助成申請書

年 月 日

真岡市長 様

住 所 真岡市 _____

氏 名 _____

生年月日 _____ 年 月 日

電 話 _____ () _____

老人性白内障特殊眼鏡等費用の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

	区 分	購 入 費 用 額	助 成 申 請 額
助成品目	特 殊 眼 鏡	円	円 (30,000円まで)
	補 助 眼 鏡	円	円 (10,000円まで)
	コンタクトレンズ	円	円 (1眼につき15,000円または5,000円まで)
購入等	購入年月日	年 月 日	
	購入店名		
口座 (申請者本人)	金融機関名	銀行	支店
	口座番号		

(添付書類：証明書、領収書)

	課長	課長補佐	係長	係	備考
起案 . .					
決裁 . .					