様式第1号（第5条関係）

大洗町白内障補助眼鏡等購入費助成金交付申請書

年　　月　　日

　大洗町長　　　　　様

申請者　　住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話

　大洗町白内障補助眼鏡等購入費助成事業実施要綱第5条の規定により，補助眼鏡等に要した費用の助成を受けたいので，関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象者 | 住所 | 大洗町 |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 　　　　年　　　月　　　日 |
| 性別 | 男　・　女 | 年齢 | 歳 |
| 購入品 | 種別 | ・補助眼鏡　・特殊眼鏡　・コンタクトレンズ※該当するものを○で囲んでください。 |
| 購入額 | 　　　　　　　　　　円 |
| 手術 | 年月日 | 　　　年　　月　　日（　右眼　・　左眼　） |
| 医療機関 |  |
| 口座情報 | 振込先 | 　　　　　銀行　　　　支店 | 預金種別 | 普通・当座 |
| 口座番号 |  |
| 口座名 | ふりがな |
|  |

添付書類：補助眼鏡等を購入した際の領収書等の写