様式第１号

日立市老人性白内障補助眼鏡等費用助成申請書

年　　月　　日

日　立　市　長　殿

申請者　住　所

氏　名

生年月日　　　年　　　月　　　日生

電　　話　（　　　）

　日立市老人性白内障補助眼鏡等費用助成要綱第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。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 助成種別 | 区　　分 | 費　用　額 | 助成申請額 |
| □補助眼鏡 | 円 | 円 |
| □特殊眼鏡 | 円 | 円 |
| □コンタクトレンズ | 円 | 円 |
| 手　術　等 | 手　術　年　月　日 | 年　　月　　日（右眼・左眼） |
| 医　療　機　関 |  |
| 希望支給方法 | 現金・口座振替 |
| 振込依頼先 | 普通当座 | 　　　銀行　　　支店 | フリガナ名義人 |
| 口座番号 |

備考　１月２日以降に日立市に住民登録した方は、前住所地の市町村が発行する申請者本人の課税証明（市町村民税の税額が記載されているもの）を添付してください。

　　　なお、配偶者の課税証明も必要です。

|  |  |
| --- | --- |
| 決　定　額 | 円 |