

日立市老人性白内障補助眼鏡等費用助成申請書

平成 年 月 日

日立市長殿

申請者住所 日立市 町

氏名 ⑩

生年月日 M・T・S 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
	<input type="checkbox"/>	補助眼鏡	円	円
	<input type="checkbox"/>	特殊眼鏡	円	円
	<input type="checkbox"/>	コンタクトレンズ	円	円
手術等	手術年月日		平成 年 月 日(右眼・左眼)	
	医療機関			
希望支給方法	現金 ・ 口座振替			
振込み依頼先	普通	銀行	支店	フリガナ 名義人
	当座	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、前住所地の市町村役場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
-----	---