様式第１号（第５条関係）

老人性白内障補助眼鏡等購入費助成金交付申請書

　　令和　　年　　月　　日

　稲敷市長　　　　　様

申請者　〒　　　-

住所

氏名　　　　　　　　　印　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話

　稲敷市老人性白内障補助眼鏡等購入費助成金交付要綱第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。　　なお，助成金の交付決定の資格審査のために，市税等の納付状況についての調査を受けることに同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 住所 | 〒　　　-  稲敷市 | | | | |
| 氏名 |  | | | | |
| 生年月日 | 大正・昭和　　　　　年　　　月　　　日生 | | | | |
| 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 | 令和　　　年　　月　　日（　右眼　・　左眼　） | | | | |
| 医療機関 |  | | | | |
| 口座  振替 | 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、証明書

**※市記入欄**

|  |  |
| --- | --- |
| **市内在住・６５歳以上** | **該当 ・ 非該当** |
| **過年度に１度でも補助を受けていないこと** | **該当 ・ 非該当** |
| **術後１年以内かつ、眼鏡購入年度末まで** | **該当 ・ 非該当** |
| **本人に市税等の滞納無し** | **該当 ・ 非該当** |