

老人性白内障特殊眼鏡等費用助成申請書

年 月 日

千 代 田 区 長 殿

申請者住所 千代田区

電 話 ()

氏 名 印

生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日

老人性白内障特殊眼鏡等費用助成を下記のとおり申請します。

手術を受けた医療機関の所在地・名称	
水晶体摘出手術日	年 月 日
手術を受けた眼	左眼 ・ 右眼 ・ 両眼
種 別	特殊眼鏡 ・ コンタクトレンズ (枚)
購 入 費 用 額	円
助 成 申 請 額	円

助成金は下記の金融機関の口座にお振込みください。

振 込 先 金 融 機 関	銀行 本店 信用金庫 支店 信用組合	1. 普通 2. 当座						
	口座名義人(かた)	口座番号						

(注意) 1. 特殊眼鏡 ・ コンタクトレンズ代を支払ったことがわかる書類 (領収書原本等) を添えて申請してください。
* 領収書原本は、確認後ご返却します。
2. ゆうちょ銀行の場合は、振込み用支店名・口座番号をご記入ください。

【問合せ先】在宅支援課 在宅支援係 03-6265-6482