

(様式第1号)

総社市弱視等治療用眼鏡等購入費助成申請書

令和 年 月 日

総社市長 様

下記のとおり、弱視等治療用眼鏡等購入費の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。審査に当たり必要な場合には、住民基本台帳・市民税課税台帳により確認されることを承諾します。

申請者氏名			小児との続柄								
申請者住所	〒		—	TEL	()						
小児	フリガナ			小児の生年月日	年 月 日						
	氏名										
	加入保険者名(会社名)		保険記号番号		単県公費受給資格者番号						

※申請者は小児の保護者です。

購入年月日	令和 年 月 日	更新前の眼鏡等の購入年月日	令和 年 月 日
医療機関の名称		所在地	
眼鏡等購入店の名称		所在地	

購入金額		円	申請金額		円
------	--	---	------	--	---

※領収証及び眼鏡等処方箋を添付してください。

振込先口座	金融機関の名称	() 銀行・金庫・農協・組合 () 本店・支店・支所	
	口座種別と口座番号	普通預金	口座番号
		当座	
	フリガナ		
	名義人		

※口座名義人は申請者です。

市町村記入欄※	給付決定	購入費 (A)		負担限度額 (B)			助成額 (C)	
		円		円			円	
	決裁	課長	課長補佐	係長	主任	係	承認	支出命令
						月 日	月 日	