

結城市長 様

申請者 住 所  
氏 名  
対象児童との続柄（ ）  
電話番号 — —

結城市斜視・弱視児用矯正眼鏡購入等助成申請書

下記のとおり、斜視・弱視児用矯正眼鏡購入等の助成を受けたいので、結城市斜視・弱視児用矯正眼鏡購入等助成要項第3条第1項の規定により、申請します。

記

申 請 金 額	円
---------	---

対 象 児 童	住 所	結城市		
	フリガナ		生年月日	年 月 日 ( 歳)
	氏 名		学 年	小学・中学 年
	病 名	斜 視 ・ 弱 視 ( )		
	受療状況	外来年月日： 年 月 日		
振 込 先	金融機関名		支 店 名	
	フリガナ		口 座 番 号	
	口座名義		種 別	普通
備 考	対象経費 _____円 × 1 / 2 = _____円 (1円未満切捨て) ※上限額：20,000円			

※診断書又は証明書及び領収書は（斜視・弱視）の記載があるものを添付してください。

※眼鏡購入等の領収書は、診断書又は証明書の発行日以降の日付のものとしします。

※生活保護受給者については、助成金の振込先を眼鏡等購入先に指定し、市社会福祉課発行の給付可否意見書（所要経費概算見積書）の写しを添付してください。