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

年　　月　　日

　石岡市長　あて

申請者（対象者）　住所

氏名　　　　　　　　　　　　印

電話

　　石岡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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象者 | 住所 |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 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 | 　　　年　　月　　日（　右眼　・　左眼　） |
| 　　　年　　月　　日（　右眼　・　左眼　） |
| 医療機関 |  |

　備考　１月２日以降に石岡市に住民登録した方は，前住所地の市区町村が発行する申請者本人の課税証明(市区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。

※以下の欄は記入しないでください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 確認事項（市記入欄） | 住民基本台帳 | 市県民税 | 交付資格の有無 | 交付決定額 |
| 有 ・ 無 | 課税 ・ 非課税 | 有 ・ 無 | 円 |