様式第３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用証明書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 氏名 |  | | |
| 住所 |  | | |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 | | |
| 性別 | 男　・　女 | 年齢 | 歳 |
| 病名 | | 老人性白内障 | | |
| 手術年月日 | | 右眼　年　　　　月　　　　日 | | |
| 左眼　 年　　　　月　　　　日 | | |

　　上記の対象者は，手術後の視力矯正のため，補助眼鏡等の使用を必要と認める。

　　　　　年　　　月　　　日

　医療機関　住所又は所在地

　　　　　　名称

　　　　　　医師　　　　　　　　　　　　　　　印