

第1号様式（第4条関係）

老人性白内障用特殊眼鏡等購入費助成申請書

住 所			
氏 名	生年月日	年 月 日 (歳)	
老人医療証番号	合計所得金額	円	
手 術 日	年 月 日	扶 養 人 数	人
眼鏡等購入日	年 月 日		
眼鏡等購入金額	円	内訳	特殊眼鏡 両用 円 遠用 円 近用 円 コンタクトレンズ 円

老人性白内障用特殊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。

年 月 日

申請者 住所
氏 名
電 話 ()

武蔵村山市長 殿

同 意 書

老人性白内障用特殊眼鏡等購入費助成の申請に際し、住民基本台帳、所得状況及び生活保護の受給の有無等の個人情報について、関係各課から収集することに同意します。

年 月 日

武蔵村山市長 殿

住 所

氏 名