

第1号様式

年 月 日

老人性白内障特殊眼鏡等助成申請書

(あて先) 板橋区長

申請者

住 所	
氏 名	
生年月日	M・T・S 年 月 日 歳
電 話	

板橋区老人性白内障特殊眼鏡等の助成を受けたいので下記のとおり申請します。

申請にあたり、介護保険認定状況及び生活保護及び中国残留邦人法による支援給付の確認について同意します。

手術を受けた日	年 月 日	
手術を受けた 医療機関	所在地	
	名称	
特殊眼鏡・コンタクトレンズ の別	1. 特殊眼鏡 (遠視用・近視用) 2. コンタクトレンズ (右・左)	
購 入 眼鏡店 等	所在地	
	名 称	
	購入 (予定) 月日	年 月 日
	購入 (予定) 金額	円
備 考		

添付書類 (1) 前年の所得状況を証明する書類

(2) 生活保護受給者及び中国残留邦人法による支援給付を受けている者は、委任状