

様式第 2 号（第 4 条関係）

白内障補助眼鏡用レンズ購入費助成金交付申請用証明書

古河市長宛て

申請者 住 所
氏 名 ⑩
生年月日 年 月 日

病 名	加 齢 性 白 内 障
手 術 年 月 日	年 月 日（右目）
	年 月 日（左目）

上記の手術後の視力矯正のため、補助眼鏡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 ⑩