

様式第1号(第4条関係)

白内障補助眼鏡・補聴器購入費等助成金交付申請書

年 月 日

古河市長 宛て

申請者 住所
氏名 ⑩
生年月日 年 月 日
電話番号

交付申請金額 金 円也

ただし、次の品目に係る購入費用等の助成として(番号に○を付ける。)

- 1 白内障補助眼鏡用レンズ
- 2 補聴器
- 3 蓄尿袋(月分)
- 4 蓄便袋(月分)

- (注) 1 領収証を添付してください。
2 白内障補助眼鏡用レンズについては、医師の証明書を添付してください。

振込先

口座	金融機関名		銀行・信用金庫 信用組合・農協			本店 支店
	口座種別	普通・当座	口座番号			
	(フリガナ) 口座名義人					

*ゆうちょ銀行を指定のときは振込用の口座番号を記入してください。

下記の見本を参考に領収書を発行してもらってください。

領収書見本

領 収 書		〇〇年 〇月 〇日
古 河 太 郎 様	品目、内訳は記入されていますか 眼鏡レンズ代、補聴器等	
¥ 3 0 , 0 0 0 円		
但し 眼鏡代金	内訳としてレンズ代	¥20,000円
	フレーム代	¥10,000円
上記の金額正に領収いたしました		
株式会社		
〇 〇 眼鏡店 印		古河市△△△〇〇〇番地

代表者の印は
押されていますか