様式第5号(規格 A4)(第5条関係)

年　　月　　日

みどり市長　須藤　昭男　様

　　申請者　住所　みどり市

氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

生年月日　　　　　　年　　　月　　　日

電話番号

みどり市高齢者生活サポート事業助成金交付申請書兼請求書(白内障特殊眼鏡等)

みどり市高齢者生活サポート事業助成金の交付を受けたいので、みどり市高齢者生活サポート事業助成金交付要綱第5条の規定により申請及び請求します。

|  |  |
| --- | --- |
| 用具の種類  ※ 該当する□に✓を入れてください。 | □　特殊眼鏡 □　特殊コンタクトレンズ  □　補助眼鏡 □　補助コンタクトレンズ |
| 購入年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 購入金額 | 円 |
| 交付申請額  ※ 購入金額の1/2の額(100円未満切捨て) | 円  (上限額は、特殊眼鏡及び特殊コンタクトレンズの場合2万円、補助眼鏡及び補助コンタクトレンズの場合1万円) |
| 添付書類 | ・ 領収書(宛名が申請者のもの)の写し  ・ 老人性白内障の治療のための水晶体摘出手術を行った年月日及び視力矯正のために白内障特殊眼鏡等が必要であることが確認できる医師の証明書  ・ 市長が必要と認める書類 |

≪助成金振込先口座≫

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 支店名 | 口座番号 | | | | | | | 口座種目 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1　普通  2　当座 |
| フリガナ |  | | | | | | | |
| 口座名義  (申請者名義のもの) |  | | | | | | | |

【市確認欄】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 年齢 | 手術 | 領収書 | 交付 |
|  |  |  |  |