

様式第1号（第5条関係）

千代田町斜視・弱視児用矯正眼鏡等購入費助成申請書

年 月 日

千代田町長 様

申請者 住 所 _____
 方 書 _____
 氏 名 _____
 対象者との続柄 _____
 電 話 _____

次のとおり、関係書類を添えて千代田町斜視・弱視児用矯正眼鏡等購入費助成金の交付申請をします。
 なお、審査にあたり必要な場合には、住民基本台帳・町民税課税台帳により確認されることを承諾します。

対 象 者	フリガナ				
	氏 名				
	住 所	□同上			
	生年月日	年	月	日生（ 歳）	性 別
医 療 機 関					
眼鏡等購入店					
購 入 金 額	眼 鏡	円	コンタクト レンズ	円	
申 請 金 額	円				

【助成金の振込先】

金融機関名	支店名	口座種別	口座番号	フリガナ 口座名義人
銀行 組合 農協 金庫	本店 支店 支所 出張所	普 通 当 座		

※町使用欄

□交付・□不交付	年 月 日	住 民 登 録 確 認		納 税 確 認	
交付決定額		月 日		月 日	