

大分市長 殿

申請者 住所

氏名

児童・生徒との続柄 ()

斜視・弱視児童矯正眼鏡購入費等助成申請書

下記により斜視・弱視児童矯正眼鏡購入費等の助成を受けたいので申請します。

記

児童・生徒	住所	電話		
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	病名			
	受療月日	外来年月日 年 月 日		
保護者	フリガナ		児童との続柄	職業 (勤務先)
	氏名			
振込先	フリガナ		1 同居 2 別居	続柄 1 本人 2 その他()
	口座氏名			
	金融機関		口座番号	
備考				

※ 処方箋及び領収書の写しを添付してください。

下記は記入しないでください。

受付年月日		受付番号	
認定	年 月 日	支給開始	年分 認定番号No.
却下		理由	

請 求 書

令和 年 月 日

大分市長 殿

請 求 額 ￥

ただし、斜視・弱視児童矯正用眼鏡購入費等助成金として

住 所

氏 名

電 話 番 号

(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			