

第1号様式（第5条第1項）

浦安市高齢者の白内障に係る特殊眼鏡等購入費用助成申請書

令和 年 月 日

（宛先）浦安市長

住所
申請者 氏名
生年月日 年 月 日生
電話番号

白内障に係る特殊眼鏡等購入費用の助成を受けたいので、浦安市高齢者の白内障に係る特殊眼鏡等購入費用の助成に関する規則第5条第1項の規定により、次のとおり申請します。

区 分	特殊眼鏡等の購入に要した費用の額	助成申請額
<input type="checkbox"/> 特殊眼鏡（人工水晶体非挿入）	円	円
<input type="checkbox"/> コンタクトレンズ（右眼・左眼）	円	円
<input type="checkbox"/> 補助眼鏡（人工水晶体挿入）	円	円
振込先	金融機関名	銀行・農協 信用金庫 店出張所
	口座番号	普通 当座 貯蓄
	（フリガナ）	
	口座名義人	
※申請者と口座名義人が相違する場合、上記口座名義人に振込を委任します。 <input type="checkbox"/> はい		
市町村民税に係る事実について、市が保有する情報により確認することに同意する場合は、署名してください。 市町村民税の課税状況に係る事実の確認をすることを同意します。		
氏名（ ）		

添付書類

- 1 医療機関の証明書又は特殊眼鏡等の購入に係る処方箋（病名、手術の有無及び人工水晶体の挿入の有無を確認できるものに限る。）の写し
- 2 費用を支払ったことを証する書類
- 3 市町村民税の課税状況を明らかにする書類

(浦安市) 白内障用特殊眼鏡等購入費助成申請用

第2号様式(第5条第1項第1号)

証 明 書

住 所
氏 名
生年月日 年 月 日生

病 名	白 内 障
手 術 年 月 日	右眼 年 月 日 手術
	左眼 年 月 日 手術
人工水晶体挿入の有無	有 ・ 無

視力矯正のため、上記の者について、特殊眼鏡・コンタクトレンズ(右眼・左眼)・補助眼鏡の使用が必要であると認める。

令和 年 月 日

所在地
医療機関 名 称
医師名 (自署)

【対象】 浦安市に住民登録がある65歳以上の方
※令和4年10月1日以降に購入する場合、住民税非課税の方が対象となります