様式第３３号

**視力矯正費証明書**

￥

月分内訳

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 児　　童　　名 | 金　　　　　額 | 内　訳 |
|  | 円 |  |
|  | 円 |  |
|  | 円 |  |
|  | 円 |  |
|  | 円 |  |
|  | 円 |  |
|  | 円 |  |
|  | 円 |  |
|  | 円 |  |

１．　日常生活を営む上で必要な視力矯正のための眼鏡等（日常生活において必要最小限度のもの）を購入する場合にかかる実費が対象となります。

２．　領収書等支払ったことがわかる書類を添付してください（写しで可）。なお，コンタクトレンズの購入については，必要となる状況が分かるもの（在部証明書等）も添付してください。

上記のとおり，視力矯正費を支払ったことを証明します。

　　　年　　　月　　　日

施設長（里親）名

※　法人の場合は記名押印してください。

法人以外でも、本人（代表者）が自署しない場合には、記名押印してください。