

## Retroaktiv utbetalning av glasögonbidrag

Gäller för glasögonglas/linser till barn och unga

Personnr	
Namn	
Adress	

### Recept/Intyg Glasögonbidrag barn 0-19 år

Receptdatum - giltigt 1 år		Gällande:	<b>Glas</b>		<b>Linser</b>	
-------------------------------	--	-----------	-------------	--	---------------	--

Övrig anteckning av Läkare alt Optiker

--

Målsmans namn	Målsman personnummer		
Adress	Postadress		
Bankens namn	Clearingnummer	kontonummer	
Målsman Underskrift	Målsman Telefon		

Till denna blankett bifogas **recept/Intyg samt originalkvitto från optiker och skickas till:**

Region Västernorrland, Box 310, 881 27 Sollefteå

Datum för utlämning av glas/linser	År	Mån	Dag	Handläggarens signatur
---------------------------------------	----	-----	-----	------------------------