

## Bidrag till glasögon för barn 0-7 år

Fyll i alla uppgifter. Utelämnna namn och adress vid **skyddad identitet**. För asylsökande krävs även ett giltigt LMA-nummer.

### KVITTO/FAKTURERINGSUNDERLAG

Lma-nr:

Personnr:

Namn:

Adress:

Postadress:

**A (Avståndsglasögon, normalbelopp) 800 kr**

Avser:

**B (Multifokala glasögon, normalbelopp + 400 kr) 1200kr**

### **OBS! Receptbilaga ska alltid bifogas**

Exp. Leg. Optiker (stämpel eller  
namnförtydligande)*Ovanstående åtgärdat enligt gällande regler*Datum:  

---

Namnteckning Leg. Optiker:  

---

Jag har mottagit hjälpmedlet

Datum:  

---

Namnteckning, kund/målsman:  

---

### **Fylls i av handläggare:**

Vä Be Ny In