



○会員が視力矯正のためのメガネやコンタクトレンズ等を購入したとき

様式 19

メガネ購入補助請求書

※ 個人情報については、本会の業務に限り使用いたします。

①	所属名	橘小学校	氏名	宮崎ひなた	
	所属コード	11000	職員番号	000002	
※ 本人記入欄か販売店記入欄のうちどちらかを記入					
②	(本人領収書記入欄)	購入内容 (○で囲んでください)	視力矯正のための (レンズ・フレーム・コンタクトレンズ)		
		購入日	年 月 日	購入金額	円
		添付書類・会員チェック欄 ※領収書(原本)の場合	<input type="checkbox"/> 購入者氏名、購入日、購入金額、領収印がある <input type="checkbox"/> ただし書きで「視力矯正のための○○」と記されている		
③	販売店記入欄 (領収書不要)	購入者氏名	宮崎ひなた		
		購入内容 (○で囲んでください)	視力矯正のための (<u>レンズ</u> ・ <u>フレーム</u> ・コンタクトレンズ)		
		販売日	令和7年5月1日	領収金額	10,800円
		上記のとおり相違ないことを証明します。		令和7年5月1日	
		所在地	宮崎市〇〇2丁目 2番2号		
		販売店名	株式会社 〇〇〇〇メガネ店		
		電話番号	0985-01-0001		
					
		上記のとおり請求します。		令和7年6月1日	
		氏名	宮崎ひなた 		
		一般社団法人 宮崎県教職員互助会理事長 様			
④	送金先	宮崎 銀行 〇〇 支店	名義 ※カタカナで記入	ミヤザキヒナタ	
		店番号			口座番号
		000			(普) 0000005

- ① 所属名/所属コード・氏名/職員番号を記入してください。(※ゴム印可)
- ② 会員本人が購入内容・購入日・購入金額を記入し、領収証は裏面に貼付してください。
※ 領収証のただし書きには、「視力矯正のための・・・」と記載してもらってください。
- ③ 販売店に証明をもらってください。
※ 領収証の添付は必要ありません。
- ④ 会員本人名義の送金口座を記入してください。