

(メガネ等補助事業)

補聴器補助金請求書

種別コード	0	2	一般財団法人 長崎県教職員互助組合理事長 様		請求金額	10,000 円	
下記のとおり請求します。 平成 ○○年○○月 ○○日							
所属名	所属番号 1 2 3 4 5				○○市立○○小学校		印
氏名	組合員番号 0 1 2 3 4 5 - 6				互助 太郎		互助

「購入者氏名」欄は、販売店で記入してもらってください。

補助対象の基準日となりますので、必ず記入してもらってください。

識別コード	4	0	1	0	販売店領収欄		
〔販売店へお願い〕 この領収欄は、長崎県教職員互助組合の組合員が聴力矯正のため補聴器を購入又は修理したとき、その経費の一部補助を受けるためのものです。補聴器の販売・修理に限り、下記領収欄の記入をよろしく願います。 なお、聴力レベルは、デシベルで記入してください。 また、証明事項の訂正は、2本線で抹消し、証明印を押印してください。							
購入又は修理者氏名	互助 太郎			販売又は修理日	平成 ○○年○○月 ○○日		
項目	内 容						
聴力	[右]	40 dB		[左]	40 dB		
形式	(機種)	C I C		(メーカー)	○○○		
修理の箇所							
領収金額	60,000 円			補助額 (ここは、記入しないでください)	円		
上記のとおり証明します。 平成 ○○年 ○○月 ○○日							
販売店	所在地	○○市○○町○○番地		電話番号	○○-○○○-○○○		社印
	販売店名	補聴器の○○○					

※補助対象者は組合員本人です。(家族分は対象となりません。)

※補聴器の修理も補助対象となります。