

(メガネ等補助事業)

メガネ補助金請求書

種別コード	02	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	○○市立○○小学校			印
氏名	組合員番号	互助 太郎			互助
	0 1 2 3 4 5 - 6				

「購入者氏名」欄は、販売店で記入してもらってください。

フレームのみ交換の場合も、レンズの度数の記入が必要です。

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	4001	〔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、視力矯正のため眼鏡又はコンタクトレンズ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。 下記領収欄の記入につきまして、よろしくお願いいたします。		
1 対象は度数が入っている眼鏡及びコンタクトレンズの販売・修理に限ります。 (サングラス等を除く)				
2 レンズの度数は、ディオプトリーで記入してください。				
3 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。				
販売店領収欄				
購入者氏名 (修理含む)	互助 太郎		販売又は 修理日	平成 ○○年○○月○○日
項目	内 容			金 額
レ ン ズ (コンタ外を含む)	[右] 《度数》	[左] 《度数》		
	+1.25	+1.25		21,500 円
フ レ ー ム	《材質》	《メーカー》		
	チタン	○○○		24,800 円
フレームの修理	《修理内容》			円
そ の 他	加工料・付属品・消費税等			2,315 円
補助額 (ここは、記入しないでください)	円	合 計	48,615 円	
上記のとおり証明します。 平成 ○○年○○月○○日 所在地 ○○市○○町○○番地 販売店 (電話番号) ○○-○○-○○○ 販売店名 メガネの○○○○				

※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。)

※レンズの交換、フレームのみの購入・修理(サングラス等を除く。)も補助対象となります。

