

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。

※ 太線の枠内だけご記入ください。本人記入欄を会員本人が記入し、領収書（レシート、クレジット控不可）を裏面に貼って請求または販売店記入欄を販売店に記入してもらい、いずれかの方法でご請求ください。領収書のただし書きには、「視力矯正のための〇〇」と記入してもらってください。

所 属 名		氏 名	
所属コード		職員番号	
本人記入欄 (領収書必要)	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	平成 年 月 日	購 入 金 額 円
販売店記入欄 (領収書不要)	購 入 者 氏 名		
	販 売 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)	
	販 売 日	平成 年 月 日	領 収 金 額 円
	上記のとおり相違ないことを証明します。		平成 年 月 日
所在地 販売店名 電話番号			
上記のとおり請求します。		平成 年 月 日	氏 名 ㊟
一般社団法人 宮崎県教職員互助会理事長 様			
送 金 先	銀行 支店		フリガナ
	店 番 号	口 座 番 号	名 義
		(普)	

- ※ 店番号は必ずご記入ください。
- ※ 送金指定の金融機関への振込票を領収書にかえますので、請求者名義の口座をご記入ください。
- ※ 送金案内は送金指定の金融機関への振り込みをもって通知とします。

事 務 局 記 入 欄			
補助金額 円		前回給付 (年 月)	受付印
給付年月日 平成 年 月 日		係	