

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。

所属名				氏名			
所属コード				職員番号			
※ 本人記入欄か販売店記入欄のうちどちらかを記入							
（本人領収書記入必要欄）	購入内容 （✓をつけてください）	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	H R	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「視力矯正のための〇〇」と記されている					
販売店記入欄 （領収書不要）	購入者氏名						
	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 ）					
	販売日		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。		令和	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。		令和	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		名義 ※カタカナで記入		
	店番号	口座番号					
		(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、ご了承ください。なお、送金手数料の関係で、できるだけ「宮崎銀行」を指定いただきますようご協力をお願いします。

※ 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				受付印			
前回給付（ 年 月 ）			係				
給付年月日 令和 年 月 日							