

眼鏡等補助請求書

決定額	※ 円
-----	--------

係	※
---	---

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

一般財団法人茨城県教職員互助会理事長 殿

下記のとおり請求します。

一金 10,000 円也

所属所名	三の丸中学校
所属コード	600199

氏 名	花田 幸子
職員番号	345678

性 別	生 年 月 日
男・女	昭和・平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日

購入日	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日
-----	----------------

所属長職印

水戸市立三
の丸中学校
長之印

販売証明書（又は領収書貼付）

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

(眼鏡等使用者名)

花田 幸子 様

一金 19,440 円也

ただし、視力矯正眼鏡等代として

上記のとおり 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日、眼鏡等を販売したことを証明します。

商品種類 (眼鏡・コンタクトレンズ)

矯正種類 (近視・遠視・老眼・その他())

※それぞれ○で囲む。

販売店住所 茨城県水戸市〇△1-3

販売店TEL 029(321)5689

販売店名

〇△眼鏡 笠原店

店
長
印

- (注) 1 上記の販売証明書を購入店で記入してもらってください。販売証明書をもらえない場合は、会員の氏名(フルネーム)、金額、矯正種類が記載された購入店発行の領収書を貼付してください。
- 2 販売証明書・領収書には販売店又は店員の方の押印(朱印)をしてください。
- 3 補助は3年に1回となります。(次回の補助は購入月から3年が経過したとき。)
- 4 サングラス・修理代は、補助の対象となりません。
- 5 提出前に販売証明書または領収書の記載に漏れがないかを確認してください。