

身体矯正器具等購入(修理)補助請求書

所属コード		組員証番号				職名		会員氏名		
区 分		<input checked="" type="radio"/> 1 眼鏡購入(修理) <input type="radio"/> 2 補聴器購入(修理) <input type="radio"/> 3 補装具購入(修理) (該当する番号を○で囲んでください)								
◎ 眼鏡 (販売店で記入)	1 眼鏡(販売、修理) 別添のとおり眼鏡等を調製し、販売(修理)したことを証明します。 2 販売等金額(消費税等込) _____ 円 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日 (〒 ____ - ____ - ____ ) 住所 販売店 名称					◎ 補聴器 (販売店で記入)	2 補聴器(販売、修理) 平均聴力: 右 (      ) 左 (      ) メーカー名: _____ 商品名・型番: _____ 修理内容: _____ 販売等金額(消費税等込) _____ 円 上記のとおり販売(修理)したことを証明します。 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日 (〒 ____ - ____ - ____ ) 住所 販売店 名称			
	● 金額等欄 (本人記入)		年号	年	月		日	● 補装具 (本人記入)		
購入(修理)年月日		5				3 補装具(購入、修理) 別添、交付修理決定通知書のとおり製作(修理)し、自己負担額 _____ 円を支払いました。 購入、修理日 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日				
購入金額(消費税等抜)		百万		千		決 定 額 _____ 円 ※互助会処理欄				
消費税等額		百万		千						
補助請求額		百万		千						
上記のとおり請求します。 一般財団法人 岩手県教職員互助会長 様 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日 (〒 ____ - ____ - ____ ) (〒 ____ - ____ - ____ ) 住 所 請 求 者 氏 名										
上記の記載事項は、事実と相違ないことを認めます。 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日 (〒 ____ - ____ - ____ ) (〒 ____ - ____ - ____ ) 所 属 所 在 地 所 属 所 名 所 属 所 長 職 名 所 属 所 長 氏 名										

(注) 1 眼鏡、補聴器の購入の場合は請求書に販売店の証明が必要です。  
 2 眼鏡購入の場合は、別紙様式を添付してください。  
 3 補装具購入の場合は、市町村長の交付・修理決定通知書の写し及び領収書を添付してください。  
 4 任意継続会員は、所属コード、所属所長証明欄は記入の必要はありません。  
 5 ●印欄は本人が記入してください。◎は販売店記入欄です。