

協力医療機関 眼科医 様

横浜市教育委員会

令和 5 年度横浜市立学校準要保護児童生徒に対する  
めがね購入援助事業の実施について (依頼)

日ごろから、本市の健康教育行政に対し、格別の御理解と御協力をいただき厚くお礼申し上げます。

さて、準要保護児童生徒の学習能率の向上を目的として、視力低下のため眼鏡使用の必要性があり、経済的な理由により購入が困難な児童生徒に対し、教育委員会が検眼や眼鏡購入に要する費用を援助する標記事業を今年度も実施いたします。

つきましては、本事業の事務手続きを円滑に行うため、以下の事項を御参照のいただき、該当の児童生徒に対して、御配慮をお願いします。

1 援助適用期間

令和 5 年 4 月 1 日から令和 6 年 2 月 29 日まで

2 検眼方法

視力検査は、自覚的屈折検定法で行ってください。なお眼鏡処方せんの内容で不必要な項目がありましたら、斜線を引いてください。

また、コンタクトレンズについては、本事業の対象外とさせていただきます。

3 検眼料

めがね券を利用した場合、患者 1 人につき 2,750 円(税込)の検眼料を教育委員会が負担します。別紙『準要保護児童生徒視力精密検査について(依頼)』・『眼鏡処方箋』を持参した場合は、窓口負担相当額を徴収しないようをお願いします。

なお、検眼料は窓口負担相当額を代替するもので、保険請求は可能です。

また、準要保護児童生徒の認定は、7 月中旬頃になる予定ですので、後日様式を持参する場合があります。この場合にもお手数ですが、下記のとおり検眼料を教育委員会に御請求いただき、児童生徒に対し窓口負担相当額の精算をお願いします。

4 事務処理

別紙『めがね券(様式 2・様式 3)今年度は若竹色の用紙』を児童生徒が持参します。検査結果を御記入いただき、右側の『眼鏡処方箋(様式 3)』を切り取り、児童生徒にお渡しく下さい。

検眼の結果、眼鏡不要と診断した場合は、めがね券右側『眼鏡処方箋(様式 3)』に大きく“×”をして余白に“めがね不要”と記入したうえ、めがね券右側を児童生徒にお渡しく下さい。(児童生徒が学校に返却します)

眼鏡不要の場合も検眼料は請求可能です。請求時に必要になりますので、めがね券左側の「準要保護児童生徒視力精密検査について(様式 2)」を切り取り保管してください。

## 5 検眼料の請求方法

「請求書(様式4)」に必要事項を記入し、「準要保護児童生徒視力精密検査について(様式2)」(めがね券左側)**原本(コピー不可)**と一緒に教育委員会へご郵送ください。ご指定の口座へ検眼料をお振り込みします。

教育委員会への御請求は、随時でもまとめての御請求でも構いません。請求書ごとにお振込みします。

提出書類	(1)請求書(様式4) (2)準要保護児童生徒視力精密検査について(依頼)(様式2) <b>原本(コピー不可)</b>
郵送先	〒231-0005 横浜市中区本町6-50-10 横浜市教育委員会事務局 健康教育・食育課 保健係 宛
提出期限	<u>令和6年3月15日(金)</u> (提出期限を過ぎますと支払いができなくなる場合があります)

## 6 他助成制度とめがね券の利用について(併用不可)

医療費助成制度(小児医療費助成制度、ひとり親家庭等助成制度など医療診療の一部負担金が助成される制度)の医療証とめがね券をお持ちの患者さんが受診された際は、可能な限り『めがね券』を使用するようお願いいたします。

ただし、患者の希望や検眼以外の診療・治療(薬の処方があった場合)が発生した場合には、他制度を利用する等の対応をお願いいたします。

なお、小児医療費助成制度を利用した場合に発生する自己負担分500円を『めがね券』で支払うことは出来ません。この場合の自己負担分500円は患者負担となります。

薬代も考慮頂いた上で、患者様の窓口支払い額が少なくなるようご対応をお願いします

<他制度を利用し検眼した場合の処理について>

めがね券(左側の検眼分)は利用できません(併用不可)ので、めがね券(左側)に大きく“×”をして、余白に“他制度を利用した旨(例：小児医療費助成制度利用)”を記載し、めがね券(右側の眼鏡処方箋)に検査結果を記入の上、児童生徒へお返しください。

(使用しなかっためがね券は児童生徒が学校に返却します)

なお、他制度を利用しめがね券(左側)を使用しなかった場合でも、めがね券(右側の眼鏡処方箋・めがね購入補助)はご利用できます。

## 7 添付書類(様式は横浜市HPでもダウンロードできます)

- (1) 請求書(様式4)
- (2) 請求書記入方法
- (3) めがね券見本
- (4) 振込先口座登録の御案内

☆ 請求手順・振込先口座等の登録手順・様式等については、横浜市HP『横浜市準要保護児童生徒めがね購入援助事業』に掲載していますので、合わせてご覧ください。

<https://www.city.yokohama.lg.jp/kurashi/kosodate-kyoiku/kyoiku/sesaku/hoken/megane200407.html>

様式4（第6条関係）

業者コードー口座枝番 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 - 

--	--	--	--	--	--

  
請求書番号 

--	--	--	--	--	--

# 請求書

年 月 日

横浜市 長

住所

名称

代表者職名・氏名

㊞

準要保護児童生徒めがね購入援助事業に係る検眼料を請求します。

請求金額 ¥

. —

件名	単価(円)	検査人数 (人)	合計 (円)
検眼料	2,750		

下記の口座に振り込んでください。

振込先	銀行・信金 組合・金庫			支店
種目 <small>チェックを入れてください</small>	<input type="checkbox"/> 普通預金	口座番号		
	<input type="checkbox"/> 当座預金			
口座名義 <small>カタカナで記入してください</small>				

【添付書類】 「準要保護児童生徒視力精密検査について（依頼）」（様式2）

様式4（第6条関係）

見本(個人)

業者コードー口座枝番

Grid for business code and branch number

請求書番号

Grid for invoice number

【業者コードー口座枝番】(振込先口座等の登録をしている場合)を記載してください。

※令和4年度まで使用していた【指定者コード】は記載しないでください。

請求書

請求書番号(請求者がつける任意の数字で最大6桁。通帳に印字されます。)を記載してください。

年 月 日

請求書の日付を必ず記入してください。

横浜市長

代表者職名(院長等)を忘れずに記載してください。

※【業者コード】を登録している場合は、【業者コード】に紐づいている情報と同一の内容で記入してください。

住所

横浜市中区本町6-50-10

名称

YOKOHAMA眼科医院

代表者職名・氏名

院長 横浜 花子

院長先生の個人印

横浜印

準要保護児童生徒めがね購入援助事業に係る検眼料を請求します。

金額の訂正不可

請求金額 ¥

13,750

. -

ひとりあたり検眼料2,750円です。

合計欄は請求金額と同額になります。

Table with 4 columns: Item Name, Unit Price (¥), Number of Examinations (Person), Total (¥). Row 1: 検眼料, 2,750, 5, 13,750

訂正の場合は、請求印と同一の印鑑で。ただし、請求金額の訂正は不可。修正液・修正テープの使用も不可です。

下記の口座に振り込んでください。

Bank transfer form with fields for recipient (桜木), bank (横浜), account type (普通預金), and account number (0000123)

・通帳をご確認の上、カタカナで記載をお願いします。請求者(院長先生等)と口座名義人が異なる場合は、別途委任状が必要です。・あらかじめ、振込先口座の登録を行っている方(右最上部に【業者コード-口座枝番】の記載があるもの)は、振込先の記入は不要です。

【添

様式4 (第6条関係)

見本(法人)

業者コード-口座枝番

						-			
請求書番号									

【業者コード-口座枝番】(振込先口座等の登録をしている場合)を記載してください。

※令和4年度まで使用していた【指定者コード】は記載しないでください。

請求書

請求書番号

請求書番号(請求者がつける任意の数字で最大6桁。通帳に印字されます。)を記載してください。

年 月 日

請求書の日付を必ず記入してください。

横浜市長

代表者職名(理事長・代表理事等)を忘れずに記載してください。 ※【業者コード】を登録している場合は、【業者コード】に紐づいている情報と同一の内容で記入してください。

住所

横浜市中区本町6-50-10

名称

医療法人社団ヨコハマ会 YOKOHAMA眼科

代表者職名・氏名

理事長 横浜 太郎

代表者印

医療法人  
〇〇会  
理事長之印

準要保護児童生徒めがね購入援助事業に係る検眼料を請求します。

金額の訂正不可

請求金額 ¥

13,750

. -

ひとりあたり検眼料2,750円です。

合計欄は請求金額と同額になります。

件名	単価(円)	検査人数(人)	合計(円)
検眼料	2,750	5	13,750

訂正の場合は、請求印と同一の印鑑で。ただし、請求金額の訂正は不可。修正液・修正テープの使用も不可です。

下記の口座に振り込んでください。

振込先	桜木	銀行・信金	横浜	支店
	桜木町	組合・金庫		
種目 <small>チェックを入れてください</small>	<input checked="" type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金	口座番号	0000123	
口座名義 <small>カタカナで記入してください</small>	イ)ヨコハマカイ			

・請求者(法人名)と口座名義人が異なる場合は、別途委任状が必要です。  
・あらかじめ、振込先口座の登録を行っている方(右最上部に【業者コード-口座枝番】の記載があるもの)は、振込先の記入は不要です。

## 振込先口座登録【業者コード－口座枝番】を希望するみなさまへ

【指定者コード】は令和4年度をもって、廃止となりました。  
令和5年度以降は、請求書等に【指定者コード】を記載しないでください!!

事業者の方々の負担軽減や利便性の向上を目的に、これまで別々に管理していた契約のための事業者情報と支払のための口座情報を統合しました。これに伴い、【指定者コード】は、令和4年度をもって廃止となりました。

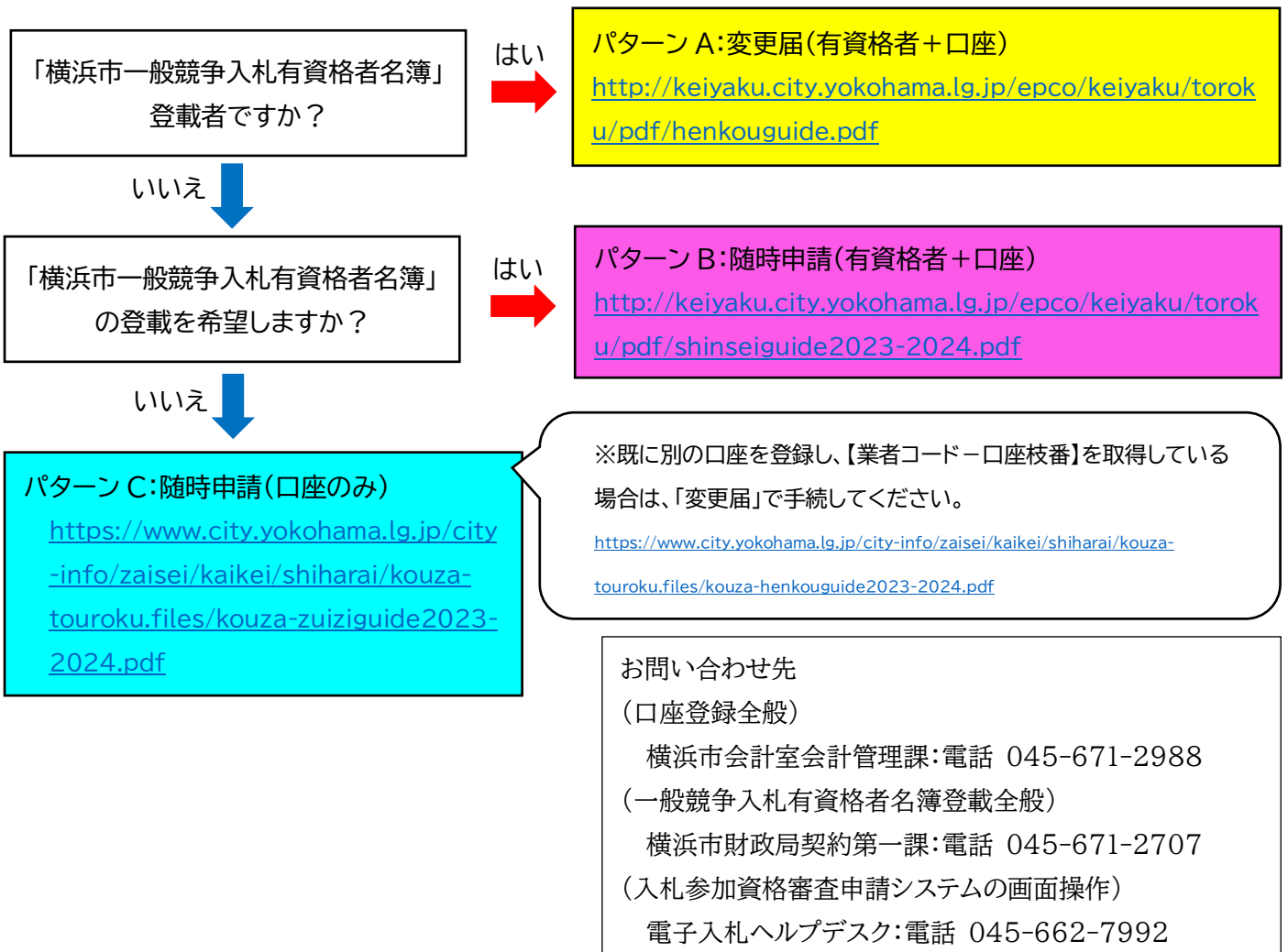
今後は、【指定者コード】に代わり、【業者コード(7桁)－口座枝番(3桁)<sup>※1</sup>】を使用します。令和5年度以降も口座登録を希望する場合は、【業者コード－口座枝番】を取得してください。

なお、口座登録は任意です。登録しなくても請求書に口座を記載すれば、支払は受けられます。ただし、令和5年度の「定期支出金制度<sup>※2</sup>」を利用する方は、口座登録が必須です。

※1 【業者コード－口座枝番】を請求書等に記載するだけで、口座の記載が不要になるほか、毎回確実・円滑に登録された口座への振込が行えます。

※2 支払時期及び支払金額があらかじめ確定している場合に、事前に申込みをすれば、その都度の請求書提出が不要となる制度です。

●口座登録を希望する場合は、『資格審査申請システム』で申請が必要となります。現在の状況によって申請方法が異なりますので、下記のフローチャートで手続パターンをご確認ください。(各 URL から手続方法の詳細資料に遷移できます。)



(参考) 『資格審査申請システム』へのアクセス方法 ※画面はイメージ

『資格審査申請システム』入口:<http://keiyaku.city.yokohama.lg.jp/epco/sinsei/index.html>

資格審査申請システムへ

(中略)

**「資格審査申請システム入口」をクリック**

資格審査申請システム入口

※申請後に画面を印刷していただく部分がありますので、印刷ボタンが稼働されているパソコンで申請を行ってください。

資格審査申請

(中略)

横浜市一般競争入札有資格者名簿に登録がある方  
振込先口座のみの登録がある方

- 次の届出、確認等を行うことができます。ログイン後
- ※既に一般競争入札有資格者名簿に登録がある方
- ・ 変更届
- ・ 発注参考資料の入力・送信
- ・ 資格区分の追加申請
- ・ 工種、種目及び細目の追加申請
- ・ 登録内容の照会
- ・ パスワードの変更
- ・ 特定小の登録
- ・ 特定小の削除

**パターン A: 変更届(有資格者+口座)**  
は「ログイン画面へ」をクリック

横浜市一般競争入札有資格者名簿に登録がない方  
振込先口座のみの登録がない方

- 令和5・6年度分の入札参加資格申請または振込先口座
- ※既に一般競争入札有資格者名簿に登録がある方
- が「新規申請(令和5、6年度)」から「変更届」へ変更
- 新規申請(令和5、6年度)
- 届出・届出修正(令和5、6年度)
- 新規申請届出書類アップロード(令和5、6年度)

**パターン B: 随時申請(有資格者+口座)**  
**パターン C: 随時申請(口座のみ)**  
は「新規申請(令和5、6年度)」をクリック

**パターン A: 変更届(有資格者+口座)**

横浜市 資格審査申請 ログイン画面

ユーザーIDとパスワードを入力し、「ログイン」ボタンをクリックしてください。

ユーザーID [半角]

パスワード [半角]  
※英字の大文字と小文字は、区別して入力してください。

ログイン リセット

注: ログイン後、「変更届」画面から「変更届」画面へ変更されることを強くお勧めいたします。変更は、ログイン後(パスワード変更)画面でご変更できます。(パスワード変更の手順は「こちら」をご覧ください。)

資格審査申請 ログインメニュー

業者コード : 0000009  
業者名 : 株式会社テスト4

■ 変更届(令和5、6年度)

**「変更届(令和5、6年度)」をクリック後、  
入力画面へ遷移します**

**ユーザ ID とパスワードを入力し、  
「ログイン」をクリック**

**パターン B: 随時申請(有資格者+口座)**

**パターン C: 随時申請(口座のみ)**

**申請の種類について**

入札参加資格の審査申請をする方  
こちら

振込先口座のみを登録する方  
こちら

**パターン B: 随時申請(有資格者+口座)**  
は、「入札参加資格の審査申請をする方」をクリック後、  
入力画面へ遷移します

**パターン C: 随時申請(口座のみ)**  
は、「振込先口座のみを登録する方」をクリック後、  
入力画面へ遷移します

協力眼科医 様

横浜市教育委員会

横浜市立

学校長



年度準要保護児童生徒視力精密検査について (依頼)

次の児童生徒は、学校における定期健康診断の結果、視力の異常が見られますので精密検査の実施をお願いします。

なお、眼鏡装用の必要がありましたら、右の処方箋に御記入いただき、切り取って児童生徒にお渡しください。(左側は検眼料の請求に使用します)

学年・組	児童生徒氏名	裸眼・矯正 視力
		右 ( )
		左 ( )

1 屈折異常名 \_\_\_\_\_

2 視 力

	裸眼視力	矯正視力
右	.	.
左	.	.

3 検診実施機関

所在地  
医療機関名  
眼科医氏名

請求先 〒231-0005 横浜市中区本町 6-50-10  
横浜市教育委員会事務局 健康教育・食育課 保健係

有効期限 年 月 日 ( )

# 見 本

(実物は若竹色の台紙に印刷されています。)

## 眼 鏡 処 方 箋

購入額 (実際に要した請求額です)

¥ . —

学校 年 組 児童生徒氏名

	右	左
球面レンズ	D	D
円柱レンズ	D	D
円柱軸	度	度
プリズム	度 基底 方	度 基底 方
瞳孔間距離	mm	

※ 不要空欄には、必ず斜線を引いてください。

処方日 年 月 日

(検診実施機関)  
所在地  
医療機関名  
眼科医氏名

### 保護者の方へ

眼鏡購入援助は、1人あたりに眼鏡1本のみ対象とし、援助上限額は5,000円(税込)です。超過分は、自身での負担となります。

眼鏡店で眼鏡を受領した際に、上記の保護者氏名欄と購入額の記入をお願いします。

### 協力眼鏡店の方へ

請求書(様式5)を作成し、この処方箋を添付して、教育委員会健康教育・食育課へお送りください。

有効期限 年 月 日 ( )

キ  
リ  
ト  
リ  
線