

協力医療機関 眼科医 様

横浜市教育委員会
人権健康教育課長

令和8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8年4月1日から令和9年2月28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)今年度は桃色の用紙』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ださい。

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ださい。(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、随時でもまとめた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) 原本(コピー不可)
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 人権健康教育課 宛
提出期限	<u>令和9年3月31日(水)</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『小児医療費助成制度』を使用するようお願いいたします。

その場合は、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

☆ 請求手順・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/kosodate-kyoiku/kyoiku/sesaku/hoken/megane200407.html>

担当：横浜市教育委員会事務局 人権健康教育課
TEL/045-671-3275

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(法人)

業者コード-口座枝番

Grid for business code and branch account number

請求書番号

Grid for invoice number

【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

横浜市長

請求書の日付を必ず記入してください。

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

医療法人社団ヨコハマ会 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。

Table with 4 columns: Item Name, Unit Price (¥), Number of Examinees, 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。

Transfer form with fields for Recipient (桜木 銀行・信金 横浜 支店), Purpose (普通預金), Account Number (0000123), and Account Name (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。

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 人権健康教育課

有効期限 年 月 日 ()

見 本

(実物は桃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、教育委員会人権健康教育課へお送りください。

有効期限 年 月 日 ()

キ
リ
ト
リ
線