

横浜市協力眼鏡店 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に係る御協力について（依頼）

本事業の実施につきまして、格別の御協力をいただきありがとうございます。
今年度も、貴店を本事業協力店とさせていただきますので、よろしくお願ひします。
つきましては、本事業の事務手続きを円滑に行うため、次の事項に留意していただきま
すよう御協力をお願ひします。

【令和8年度事業実施内容】

1 対象者

指定眼科医が発行する『眼鏡処方箋』（あらかじめ指定された様式）を持参した児童
生徒で、眼鏡の作製またはレンズ交換を希望する者。

※ コンタクトレンズは、本事業の対象外となります。

※ 『眼鏡処方箋』受け取りの際は、左上の欄に保護者氏名があることを確認して
ください。

保護者氏名の記入がない場合は無効となりますので、御注意ください。

2 援助内容

1人につき眼鏡1本のみが対象となり、上限額は5,000円(税込)

※ 上限額を超えた分は購入者自身の負担となります。

3 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

※ 上記期間で検眼及び購入を完了していること。

4 請求手続

眼鏡代(上限5,000円)の請求の際は、児童生徒が持参した『眼鏡処方箋』と併せて、
別紙請求書に記入の上、教育委員会へお送りください。適正な請求書受理後、指定の
口座へ振り込みます。

(裏面へ続く)

5 特記事項

(1) 『眼鏡処方箋』の発行は、準要保護児童生徒認定手続の関係上、7月中旬以降となります。そのため、発行日より前に児童生徒が『眼鏡処方箋』を持参しないで来店する場合があります。その場合は、後日『眼鏡処方箋』を持参した場合に限り、代金を精算(返金)いただき、教育委員会へ請求していただきますようお願いいたします。

また、医療機関で発行された処方箋が留められた『眼鏡処方箋』を持参した児童生徒がいた場合は、処方箋を基に眼鏡を作成いただき、請求時に『眼鏡処方箋』と処方箋をまとめてお送りください。

(2) 教育委員会への請求は、随時でも纏めてでも構いません。件数が多くて請求書に収まらない場合は、別紙内訳書を添付してください。請求漏れのないよう御注意ください。

提出書類	(1) 請求書(様式5) (2) 眼鏡処方箋(様式3)
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)

(3) 本依頼文は、令和7年度協力眼鏡店名簿に記載のある店舗にお送りしています。諸般の事情により、本事業に御協力いただけなくなった場合は、大変お手数ですが御連絡をお願いいたします。

【添付書類】

- (1) 請求書(様式5) 適宜コピーしてお使いください。
- (2) 内訳書(様式5別紙) 適宜コピーしてお使いください。
- (3) 委任状
- (4) 請求書記入方法
- (5) 委任状記入方法
- (6) 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

請 求 内 訳 書

眼鏡店名

	学 校 名	学 年 ・ 組	児 童 生 徒 氏 名	購 入 金 額 の う ち 援 助 に 係 る 代 金	購 入 金 額
1	学校	年 組			
2	学校	年 組			
3	学校	年 組			
4	学校	年 組			
5	学校	年 組			
6	学校	年 組			
7	学校	年 組			
8	学校	年 組			
9	学校	年 組			
10	学校	年 組			
11	学校	年 組			
12	学校	年 組			
13	学校	年 組			
14	学校	年 組			
15	学校	年 組			
16	学校	年 組			
17	学校	年 組			
18	学校	年 組			
19	学校	年 組			
20	学校	年 組			
合計金額					

委任状

私は、_____を代理人と定め、準要保護児童生徒
めがね購入援助に関する権限を委任します。

委任事項

請求
代金の受領 } 左記に関する業務を委任します。

委任者 住所
会社名
代表者職・氏名 ⑩

受任者 住所
会社名
代表者職・氏名 ⑩

振込先

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>				

見 本

委 任 状

私は、(請求する店名及び代表者職名・氏名)を代理人と定め、準要保護児童生徒
めがね購入援助に関する権限を委任します。

委 任 事 項



丸で囲んだり、消したりしないでください。

左記に関する業務を委任します。

委任者	住 所	横浜市 中区本町 6-50-10
<u>(親会社)</u>	会 社 名	株式会社 横 浜
	代表者職・氏名	代表取締役 横浜 太郎 (印)
受任者	住 所	横浜市 中区本町 6-50-10
<u>(請求者)</u>	会 社 名	株式会社 横 浜 メ ガ ネ
	代表者職・氏名	代表取締役 横浜 太郎 (印)

振込先

振込先	関内	銀行・信金 組合・金庫	港	支店
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	01234567	
口座名義 <small>カタカナで記入してください</small>	カ)ヨコハマ ダイヒョウトリシマリヤク ヨコハマタロウ			

様式2 (第5条関係)

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)

こちら(左半分)は医療機関が回収します。

この児童生徒は、精密検査の結果、視力が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

左側が切り取られないままめがね券を持参した児童

生徒には、切り取ってお返しく下さい。(児童生徒

が学校に返却します)

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

学校	年	組
	右	
球面レンズ		
円柱レンズ		
円柱軸	度	度
プリズム	度 基底 方	度 基底 方
瞳孔間距離	mm	

ここに記入するのは5,000円の援助額ではなく、眼鏡そのものの代金です。3,980円の眼鏡なら3,980、7,000円の眼鏡なら7,000と記入します。

※ 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、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