

個配手数料免除申請書



注文書同時処理	受付担当者コード									

申請日	年 月 日
申請センター	センター

Webダウンロード版

■太枠内を組合員さんご本人がご記入ください。

フリガナ 組合員名	印	組合員コード									
ご登録住所	市・区	生年月日	昭和・平成 () 歳	年	月	日					
該当する項目の ☐ をチェックし、() に必要事項をご記入ください。 以下の項目に該当しますので、個配手数料免除を申請いたします。 I. シニア割 ☐ 1: 満65歳以上で単身世帯です。 ☐ 2: 家族全員、または2人世帯のいずれか一方が満65歳以上です。 2人世帯の場合のみ同居の方のお名前() 生年月日 年 月 日 ☐ 3: 同居の家族・親族が全員65歳以上の世帯です。 II. ハンド・イン・ハンド割: 障害者手帳(同居の家族・親族含む)を所持されている方と申請者の続柄() ☐ 1: 身体障害者手帳 ☐ 2: 療育手帳(愛の手帳、みどりの手帳等) ☐ 3: 精神障害保健福祉手帳 III. ハンド・イン・ハンド割: 被爆者健康手帳(同居の家族・親族含む)を所持されている方と申請者の続柄() ☐ 1: 被爆者健康手帳 IV. ハローベビー割(申請から2年間個配手数料の半額を免除します)但し出産は1歳未満に限る。 ☐ 1: 妊娠 母子健康手帳 交付日 年 月 日 ☐ 2: 出産 出産日 年 月 日 お子さんのお名前() V. 個配手数料免除申請の取り消し(何らかの事情で対象外になられた場合) ☐ 1: 申請の取り消し											

※申請事項を記入のうえ、証明できるものを受付者にご提示ください。

2013.11.11(改)

- ・Iの理由による申請の場合は、住民票(世帯全員)の写し(1ヶ月以内)を受付者にご提示ください。
- ・II・IIIの各種手帳を持つ方、及び同居の家族・親族で各種手帳の交付を受けている場合は、手帳を受付者にご提示ください。
〔身体障害者手帳・療育手帳(愛の手帳、みどりの手帳等)・精神障害保健福祉手帳・被爆者健康手帳〕
- ・IVの申請は母子健康手帳を受付者にご提示ください。お子様一人につき妊娠、出産いずれか一方で、1度限りの申請とさせていただきます。
- ・Vの取り消し申請には証明する物の提示は不要です。

受付確認者	センター長	管理部
月 日 ☐ 発行日	月 日	月 日
☐ 世帯人数		
☐ 登録住所		
☐ 年齢		

手帳交付日	年 月 日
交付番号	

きりと

個配手数料免除申請受領書



免除区分

様

平成 年 月 日

担当者名

※個配手数料免除の適用開始時期は、申請書提出から2～3週間を要します予めご了承下さい。
※何らかの事情で対象外になられた場合は速やかに免除取り消し申請を行ってください。
※故意に個配手数料免除の不正利用が判明した場合は、個配手数料を請求させていただきます。