

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		

■太枠内を組合員ご本人がご記入ください。

フリガナ 組合員名				組合員コード					
ご登録住所	都・県	市・区	生年月日	大正・昭和・平成			年	月	日
()歳									
<p>※該当する項目の<input type="checkbox"/> をチェックし、()に必要事項をご記入ください。 私は、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。</p> <p>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()</p> <p><input type="checkbox"/> 1: 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 2: 療育手帳(愛の手帳、みどりの手帳等) <input type="checkbox"/> 3: 精神障害保健福祉手帳</p> <p>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()</p> <p><input type="checkbox"/> 1: 被爆者健康手帳</p> <p>IV. 新ハローベビー割 申請から2年間、1回4,800円(税抜)以上の利用で個配手数料を免除します。ただし出産は1歳未満に限ります。</p> <p><input type="checkbox"/> 1: 妊娠 母子健康手帳 交付日 年 月 日 交付日の記載がない場合 出産予定年月 年 月</p> <p><input type="checkbox"/> 2: 出産 出産日 年 月 日 お子さまのお名前()</p> <p>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)</p> <p><input type="checkbox"/> 1: 申請の取り消し</p>									

※申請事項を記入の上、証明できるものを受付者にご提示ください。

- ・II・IIIの各種手帳を持つ方、または同居の家族・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。お子さま1人につき妊娠、出産いずれか一方で、1回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。

― 生協記入欄 ―

受付確認者		センター長	システム部
月 日	<input type="checkbox"/> 発行日	月 日	月 日
	<input type="checkbox"/> 登録住所		
	<input type="checkbox"/> 年齢		

手帳交付日 (出産予定年月)	年 月 日
交付番号	

個配手数料免除申請受領書



様
年 月 日

免除区分

担当者名

※新ハローベビー割 4,800円(税抜)以上の利用について詳しくは東都生協ホームページ内の個配手数料免除制度をご確認ください。

※個配手数料免除の適用開始時期は、申請書類提出から2~3週間を要しますので、あらかじめご了承ください。

※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不正利用が判明した場合は、申請時にさかのぼり、個配手数料を請求させていただきます。

※ご記入いただいた個人情報は東都生協の個人情報保護方針に基づき使用いたします。