

ハンズ特典申請書

申請日(記入日)	年 月 日	(新規や番号不明の場合は空欄で結構です) ↓	
組合員名	Ⓜ	組合員番号
電話番号	—	—	
種別(選択)	・身体障がい者手帳 ・療育(愛の手帳) ・精神障がい者保健福祉手帳 ・Ⓜ医療券(難病医療券): 54135017、54136015、83135012、83136010、51137016、 82138009、82138553、51136018、51136026		
該当者氏名		組合員との 続柄	・本人 ・同居家族 (続柄:)

※ 申請にあたっては、手帳もしくはⓂ医療券(難病医療券)のコピーを添えてご提出ください。

(手帳もしくはⓂ医療券(難病医療券)のコピーは組合員登録住所との確認をさせて頂く目的に使用しますので、氏名・住所の記載面をご提出下さい。)

申請書は組合員がご記入ください。組合員本人がご記入できない場合は、下記の代理人欄のご記入をお願い致します。

代理人氏名 Ⓜ 組合員との続柄

個人情報利用目的

今回お預かり致しました個人情報は『ハンズ特典の登録』に関わる業務に限定して使用いたします。

お申込み時の注意点

- ①認定後の過去におけるパルシステム手数料の返還はいたしません。
- ②条件に該当しなくなった場合は速やかにご連絡ください。
- ③生協が指定する期間に更新手続きをお願いします。
- ④パルシステム手数料の免除開始につきましては、申請書ご返送後、2～3週間を要しますのでご了承下さい。
- ⑤やむを得ない生協事情により制度継続できない場合があります(予めご案内をいたします)
- ⑥故意に不正利用が判明した場合はパルシステム手数料を請求させていただきます。
- ⑦適用範囲について年に一度見直しを行います。(難病医療券交付対象疾病)
- ⑧提出いただきました申請書はこちらで保管させていただき、その他の書類については登録確認後、機密文書として処分させていただきますのでご了承ください。
- ⑨認定・登録後に『登録完了のお知らせ』をお返しいたしますので、免除開始回(配達企画回数)をご確認下さい。

生協記入欄

認定	免除開始回	電算登録	添付書類
	年 月 回		/ <input type="checkbox"/> 廃 <input type="checkbox"/> 返