

## 宅配手数料免除申請書



■太枠内を組合員ご本人がご記入ください。

申請日	年 月 日	組合員コード							
フリガナ 組合員名									
生年月日	西暦	年	月	日	( )	年齢			
ご登録住所	都・県		市・区						
手帳交付日	西暦	年	月	日	または <input type="checkbox"/> 交付日の記載がありません				
交付番号								または <input type="checkbox"/> 交付番号の記載がありません	
私は、以下の項目に該当しますので、宅配手数料免除を申請いたします。									
<p>【ハンド・イン・ハンド割】</p> <p>◆該当する項目の<input type="checkbox"/>にチェックし、手帳を所持されている方と申請者の続柄をご記入ください。</p> <p><input type="checkbox"/> 21: 身体障害者手帳</p> <p><input type="checkbox"/> 22: 療育手帳(愛の手帳、みどりの手帳等)</p> <p><input type="checkbox"/> 23: 精神障害保健福祉手帳</p> <p><input type="checkbox"/> 31: 被爆者健康手帳</p>									
							続柄: <input type="text"/>		
<p>【ハローベビー割】</p> <p>◆該当する項目の<input type="checkbox"/>にチェックし、必要事項の記入をお願いします。</p> <p><input type="checkbox"/> 43: 妊娠 出産予定年月: _____年____月 (←交付日の記載がない場合のみ記入)</p> <p><input type="checkbox"/> 44: 出産 出産日: _____年____月____日 お子さまのお名前: _____</p>									
<p>【宅配手数料免除申請の取り消し】 (何らかの事情で免除対象外になられた場合)</p> <p>私は、以下の項目の宅配手数料免除申請を取り消しいたします。</p> <p>◆該当する項目の<input type="checkbox"/>にチェックをお願いします。</p> <p><input type="checkbox"/> シニア割    <input type="checkbox"/> エルダー割    <input type="checkbox"/> ハンド・イン・ハンド割    <input type="checkbox"/> ハローベビー割</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。

・各種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・母子健康手帳]

・【ハローベビー割】の申請は、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。

・取り消し申請は、証明する物の提示は不要です。

## 生協記入欄

注文書同時処理 どちらかに○	班人数 記入必須	申請センター		受付確認者	センター長	システム部
		CD	センター名	月 日	月 日	月 日
要・不要	人					

-----きりとり-----

## 宅配手数料免除申請受領書



様

免除区分

年 月 日

担当者名

※ハローベビー割の宅配手数料免除について、詳しくは東都生協ホームページ内の宅配手数料免除制度をご確認ください。

※宅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。

※故意に宅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、宅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。