個人パルご利用組合員・ご家族のみなさまへ

**ハンズ特典のご案内**

|  |  |
| --- | --- |
| 基準項目 | 内容 |
| 名称 | ハンズ特典 |
| 特典適用の条件 | 組合員（加入名義）本人または同居するご家族（配偶者・親子・姉妹・兄弟）が『身体障がい者手帳』『療育手帳（愛の手帳）』、『精神障がい者保健福祉手帳』『指定難病医療受給者証』の交付・所持がある場合 |
| 免除内容 | 基本手数料の半額免除 |
| 申込方法 | 申請書と手帳のコピーを所属の配送センターへ郵送して下さい |
| 備考特典ご利用の際は、所属の配送センターまでお申し込み下さい。専用申請書をお送りいたしますので、ご記入・ご捺印後に返送ください。手続きを行います。**基本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。**本特典ご利用にあたりましては、ご提出いただきました書類は該当条件の確認の目的に限定して使用させていただきます。提出していただいた申請書はこちらで保管させていただき、その他の提出いただいた書類は登録確認後、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。認定・登録後に「免除開始回（配達企画回数）」を配送便にて、お知らせいたしますので、ご確認下さい。 | 1. 認定後の過去における基本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. やむを得ない生協事情により特典の継続ができない場合があります（予めご案内をいたします）
4. 故意に不正利用が判明した場合は基本手数料を請求することがあります
 |

申し込み・お問合せ／パルシステム　問合せセンター

　Tel：0120-868-014

月～金曜日・・・9：00～21：00、土曜日・・・9：00～17：00

**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□指定難病医療受給者証  |
| 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、手帳のコピーを添えてご提出ください。**

**（手帳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、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**

**個人情報の利用目的**

**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基本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。.生協が指定する期間に更新手続きをお願いします。**
3. **基本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。.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）**
4. **故意に不正利用が判明した場合は基本手数料を請求させて頂きます。**
5. **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。**
6. **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 |  | **／**□廃　□返 |