

## パルシステム手数料減免特典

## 『ハンズ特典』お申し込みについて

このたびはパルシステム手数料減免特典『ハンズ特典』にお申し込みいただき、誠にありがとうございます。

お申し込みについては以下の「特典の運用基準」をご確認ください。

『ハンズ特典申請書』にご記入ご捺印のうえ、配送時、または郵送にてご提出ください。

ご記入いただいた個人情報は、当組合個人情報保護方針に基づき、該当条件の確認の目的に限定し使用します。

## &lt;特典の運用基準&gt;

基準項目	内容																								
名称	ハンズ特典(パルシステム手数料減免特典)																								
特典のご利用条件	組合員本人、または同居する家族(配偶者・親子・姉妹・兄弟)が障がい者手帳を交付されていること。 ※タバソダの方は対象外																								
免除内容	パルシステム手数料が110円(税込)になります。																								
特典利用の申し込み方法	<u>申請書を郵送または配送時にご提出ください。</u> 郵送先：〒222-0033 神奈川県横浜市港北区新横浜 3-18-16 新横浜交通ビル 4F パルシステム神奈川 パルシステム事業部宛 配送時に提出：カタログ等にまぎれないように、封筒などに入れてご提出ください。																								
適用企画の確認方法	「お届け情報」の■ご利用明細(〇月〇回)欄、「区分」基本手数料の内訳をご確認ください。 *記載例* <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">■ご利用明細(2月2回)</th> <th>本体単価</th> <th>税込単価</th> <th>税込金額</th> <th>備考</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>区分</td> <td>内訳/値引き種別</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ご利用額</td> <td>2月2回ご利用金額</td> <td></td> <td></td> <td>3,822</td> <td></td> </tr> <tr> <td>基本手数料</td> <td>(減免「ハンズ特典」)</td> <td>100</td> <td>110</td> <td>110</td> <td>手数料対象金額は3,822円です。</td> </tr> </tbody> </table> 申請書ご提出後、2~3週間でパルシステム手数料減免特典が適用となります。	■ご利用明細(2月2回)		本体単価	税込単価	税込金額	備考	区分	内訳/値引き種別					ご利用額	2月2回ご利用金額			3,822		基本手数料	(減免「ハンズ特典」)	100	110	110	手数料対象金額は3,822円です。
■ご利用明細(2月2回)		本体単価	税込単価	税込金額	備考																				
区分	内訳/値引き種別																								
ご利用額	2月2回ご利用金額			3,822																					
基本手数料	(減免「ハンズ特典」)	100	110	110	手数料対象金額は3,822円です。																				
備考	<ol style="list-style-type: none"> <li>『ハンズ特典』申請書ご提出前のパルシステム手数料についての返金はいたしません。</li> <li>条件に該当しなくなった場合、パルシステム問合せセンター(電話0120-868-014)へご連絡ください。</li> <li>やむを得ない事情により制度継続できない場合があります。(予めご案内致します)</li> <li>不正利用が判明した場合はパルシステム手数料を請求することがあります。</li> <li>ご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ます、その他書類は登録確認後、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。</li> </ol>																								

切り取り

## パルシステム手数料減免特典

## ハンズ特典申請書

※太枠の中をご記入ください。

選択箇所は  をご記入ください。

申請日	年 月 日	組合員番号									
組合員名	<input type="checkbox"/> (印)	センター名									
手帳の種類	<input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳	手帳の交付年月日			年			月			日
	<input type="checkbox"/> 療育手帳	手帳の交付番号			第			号			
該当者氏名	<input type="checkbox"/> 愛の手帳	組合員との続柄	<input type="checkbox"/> 本人								
	<input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳		<input type="checkbox"/> 同居家族(続柄: )								

上記内容に相違ありません

(生協記入欄)	開始企画回	20 年 月 回	受付日/担当者	登録
---------	-------	----------	---------	----