

介護割引パス申込書

	申込日 20 年 月 日
お申込人数 名分	
お申込者（代表者）のお名前	電話番号 - - (自宅・会社・携帯)
※複数名でお申込みの場合はお申込者（代表者）へ全員分の介護パスをお送りします。 ※日中ご連絡が取れる番号をご記入ください。	

注) 対象者は要介護・要支援被認定者本人とその介護者（2親等以内の親族、配偶者の兄弟姉妹の配偶者および子の配偶者の父母）に限ります。

新規 更新（現在お持ちの介護割引パスカードナンバー）※いずれかをご選択ください。

<input type="checkbox"/> パスを申請します	①要介護・要支援被認定者（介護を必要とされる方）		
介護保険被保険者証の番号	要介護度	要支援・要介護（ ）	
フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
お名前		ご年齢	歳
生年月日	西暦 年 月 日		
ご住所	〒 - 都・県 市・区・郡		
認定の有効期限	年 月 日		
利用区間	※介護を必要とされる方と介護をする方の最寄りの空港を結ぶ1路線をご選択ください。		
<input type="checkbox"/> 北九州-東京(羽田) <input type="checkbox"/> 福岡-東京(羽田) <input type="checkbox"/> 山口宇部-東京(羽田) <input type="checkbox"/> 福岡-名古屋(中部) <input type="checkbox"/> 大阪(関西)-東京(羽田) <input type="checkbox"/> 北九州-沖縄(那覇)			

新規 更新（現在お持ちの介護割引パスカードナンバー）※いずれかをご選択ください。

<input type="checkbox"/> パスを申請します	②介護をする方		
フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
お名前		ご年齢	歳
生年月日	西暦 年 月 日		
ご住所	〒 - 都・県 市・区・郡		
電話番号	- - (自宅・会社・携帯)	要介護・要支援被認定者との関係	
利用区間	※介護を必要とされる方と介護をする方の最寄りの空港を結ぶ1路線をご選択ください。		
<input type="checkbox"/> 北九州-東京(羽田) <input type="checkbox"/> 福岡-東京(羽田) <input type="checkbox"/> 山口宇部-東京(羽田) <input type="checkbox"/> 福岡-名古屋(中部) <input type="checkbox"/> 大阪(関西)-東京(羽田) <input type="checkbox"/> 北九州-沖縄(那覇)			

お客様の個人情報のお取り扱いについて
 今般お客様からお預かりした個人情報は、介護割引パス発行および更新目的のためにのみ使用いたします。送付いただいた書類につきましては、返却できませんので予めご了承ください。手続き完了後、全ての書類を当方にて責任をもって裁断処理させていただきます。

<提出書類チェック欄>

新規申込または更新手続きに必要な書類をご確認ください。※送付書類の返却はいたしませんので、ご注意ください。

- 介護割引パス申込書（本紙）
- 有効期間内の認定証明されている介護保険証もしくは介護認定結果通知書（コピー可）
- 被認定者と介護者の関係を証明する公的書類（6ヶ月以内に発行された戸籍謄本、戸籍抄本、コピー可）※更新手続き時は不要です。
- パスを申し込みされる方の現住所を証明する公的書類（運転免許証、パスポート、健康保険証、6ヶ月以内に発行された住民票など、コピー可）
- パスを申し込みされる方本人の写真（3×3cm）※上半身でお顔の確認ができるもの（6ヶ月以内に撮影したもの）※写真（裏面）にお名前をご記入ください。

スターフライヤー記入欄	受付日 20 年 月 日 担当
介護割引パス番号	① _____ ② _____
介護割引パス有効期限	_____ 年 月 日 _____ 年 月 日

※3名様以上でお申し込みの場合は、こちらの用紙をご利用ください。

新規 更新（現在お持ちの介護割引バスカードナンバー）※いずれかをご選択ください。

<input type="checkbox"/> パスを申請します	③介護をする方			
フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
お名前		ご年齢	歳	
生年月日	西暦	年	月	日
ご住所	〒	-		都・県
	市・区・郡			
電話番号	-	-	(自宅・会社・携帯)	要介護・要支援被認定者との関係
利用区間 ※介護を必要とされる方と介護をする方の最寄りの空港を結ぶ1路線をご選択ください。 <input type="checkbox"/> 北九州-東京(羽田) <input type="checkbox"/> 福岡-東京(羽田) <input type="checkbox"/> 山口宇部-東京(羽田) <input type="checkbox"/> 福岡-名古屋(中部) <input type="checkbox"/> 大阪(関西)-東京(羽田) <input type="checkbox"/> 北九州-沖縄(那覇)				

新規 更新（現在お持ちの介護割引バスカードナンバー）※いずれかをご選択ください。

<input type="checkbox"/> パスを申請します	④介護をする方			
フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
お名前		ご年齢	歳	
生年月日	西暦	年	月	日
ご住所	〒	-		都・県
	市・区・郡			
電話番号	-	-	(自宅・会社・携帯)	要介護・要支援被認定者との関係
利用区間 ※介護を必要とされる方と介護をする方の最寄りの空港を結ぶ1路線をご選択ください。 <input type="checkbox"/> 北九州-東京(羽田) <input type="checkbox"/> 福岡-東京(羽田) <input type="checkbox"/> 山口宇部-東京(羽田) <input type="checkbox"/> 福岡-名古屋(中部) <input type="checkbox"/> 大阪(関西)-東京(羽田) <input type="checkbox"/> 北九州-沖縄(那覇)				

新規 更新（現在お持ちの介護割引バスカードナンバー）※いずれかをご選択ください。

<input type="checkbox"/> パスを申請します	⑤介護をする方			
フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
お名前		ご年齢	歳	
生年月日	西暦	年	月	日
ご住所	〒	-		都・県
	市・区・郡			
電話番号	-	-	(自宅・会社・携帯)	要介護・要支援被認定者との関係
利用区間 ※介護を必要とされる方と介護をする方の最寄りの空港を結ぶ1路線をご選択ください。 <input type="checkbox"/> 北九州-東京(羽田) <input type="checkbox"/> 福岡-東京(羽田) <input type="checkbox"/> 山口宇部-東京(羽田) <input type="checkbox"/> 福岡-名古屋(中部) <input type="checkbox"/> 大阪(関西)-東京(羽田) <input type="checkbox"/> 北九州-沖縄(那覇)				

お客様の個人情報のお取り扱いについて
 今般お客様からお預かりした個人情報は、介護割引バス発行および更新目的のためにのみ使用いたします。送付いただいた書類につきましては、返却できませんので予めご了承ください。手続き完了後、全ての書類を当方にて責任をもって裁断処理させていただきます。

スターフライヤー記入欄	受付日 20 年 月 日 担当			
介護割引バス番号	③	④	⑤	
介護割引バス有効期限	年 月 日	年 月 日	年 月 日	