

介護帰省パス申込書



1. 右記枠内にご記入のうえ、写真(3×3cm)1枚を添えて係員にご提出下さい。
2. お申込みに際しては、要介護・要支援被認定者の介護者(2親等以内)であることを証明する書類および、介護者本人の住所を証明する公的書類が必要です。
3. 発行手数料は無料です。
4. 紛失・盗難等による本パスの再発行時には、「お客さま控」が必要となりますので、有効期限迄は大切に保管願います。
5. 介護する方と介護される方の最寄りの空港を結ぶ1路線限定とさせていただきます。直行便のない場合は全旅程をJALグループにて利用可能な経由区間といたします。(他社便または他交通機関をご利用の場合には適用できません。)
6. ご利用区間については、ご住所・最寄りの空港を確認のうえ、弊社にて確定させていただきます。
7. お客さまからご提示いただいたお客さまご自身の個人情報の保護を尊重し、その取り扱いについては細心の注意を払います。

発行所月日印
発行者

係員記入欄

バスNo.

ご利用区間 ↔

有効期限

20 年 月 日

どちらかの□に✓印を付けてください。

新規 更新

介護者 (申込本人)			
お名前	フリガナ	性別	1. 男 2. 女
		ご年齢	才
ご住所	フリガナ	都道府県	市区郡
	フリガナ	最寄りの空港	
		空港	
電話番号	-	-	
被認定者との関係			
要介護・要支援被認定者			
被保険者番号		要介護度	要支援()・要介護()
お名前	フリガナ	性別	1. 男 2. 女
		ご年齢	才
ご住所	フリガナ	都道府県	市区郡
	フリガナ	最寄りの空港	
		空港	

発行所控 ・ お客さま控