



本紙右側の「障がい者割引情報登録申込書」に必要事項をご記入のうえ、
必要書類とともに「JAL国内線チケットデスク」までご郵送ください。

<必要書類>

各手帳の手帳名と以下の記載があるページの**コピー**が必要です。

◆ 身体障害者手帳、戦傷病者手帳、療育手帳をお持ちの方

- ・氏名
- ・都道府県または指定都市の押印
- ・有効期限（手帳に記載がある場合のみ）

◆ 精神障害者保健福祉手帳をお持ちの方

- ・氏名
- ・都道府県または指定都市の押印
- ・有効期限
- ・「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条の保健福祉手帳」の記載

<ご案内>

*お送りいただいた書類の審査・情報登録手続き完了までに、最大10日程度かかります。

*「障がい者割引」運賃のご利用条件などについては、JAL Webサイトでご確認ください。

* 情報登録完了後、申込書の「登録完了通知受け取り方法」にて選択いただいた方法で、情報登録完了
のご案内をお送りいたします。

なお、申込書の内容とJALマイレージバンクにご登録の住所・電話番号(*)が異なっている場合や

メールが送信できない場合は、申込書に記入いただいたご住所へ「登録完了のご案内」を郵送いたします。

(*)ご登録内容の確認・変更はJAL Webサイト会員ログイン後、「会員情報の参照・変更」より承ります。

JAL Webサイト

www.jal.co.jp

JAL国内線ご予約・ご購入・ご案内 0570-025-022（7:00～20:00【年中無休】/有料）
（JMB会員専用国内線予約）

<郵送先>

郵送の際、切り取ってご使用ください

〒060-0001 北海道札幌市中央区北1条西7丁目1-1 CARP札幌ビル
JAL国内線チケットデスク 宛



「障がい者割引」情報登録申込書

下記の①～⑤まで全ての枠をご記入の上、必要書類と共に**ご郵送**ください。

<「障がい者割引」情報登録をされる方(申込本人)についてご記入ください>

① 情報登録される方のお名前	② 性別
フリガナ	1. 男 2. 女
③ 情報登録される方のご住所	
フリガナ	
〒 都 道 市 区 府 県 町 村	
フリガナ	
④ 電話番号	— — （ 自宅 ・ 勤務先 ・ 携帯 ） *日中にご連絡が取れる番号をご記入ください
⑤ JALマイレージバンクお得意様番号 （ 7桁または9桁 ）	
⑥ 登録完了通知受け取り方法	<input type="checkbox"/> 郵 送 上記現住所へ「登録完了のご案内」を郵送いたします。 <input type="checkbox"/> eメール JALマイレージバンクへご登録のeメールアドレスへ 「情報登録完了のご案内」をお送りいたします。

<個人情報書類管理について>

お客さまからお送りいただいた個人情報に関わる書類は、「障がい者
割引」情報登録以外の目的には使用いたしません。
また、「障がい者割引」情報登録後、全ての書類を当方にて責任をもって
裁断処理をさせていただきます。 予めご了承ください。