



よつばサポート (障がい者宅配料免除制度)

障がい者本人又は障がいのある方と同居されている

組合員さんの宅配料を免除する制度です。

【対象および資格】

- ① 身体障がい者手帳の交付を受けている。
- ② 療育手帳の交付を受けている。
- ③ 精神障がい者保健福祉手帳の交付を受けている。
 - ・ 以上①～③の認定を受けている方又は、手帳の交付を受けている同居の家族をお持ちの組合員世帯が対象です。
 - ・ 今回の制度において、障がい認定の等級は関係ありません。全ての障がい者手帳交付者の世帯が対象となります。

【開始時期】

申請書提出の翌週の配達より免除制度を開始します。

下記の申込書と障がい者手帳の写し（コピー）を添えてお申し込みください。

-----下記を切り取り提出して下さい-----

よつばサポート申請書 (障がい者宅配料免除制度)

| | | | |
|---------|-----------------|------|------------|
| 申し込み日 | 年 月 日 | | |
| 組合員コード | | 組合員名 | |
| 申請内訳 | 障がい認定内容 | | 交付手帳を○印で記入 |
| | ① 身体障がい者手帳 | | |
| | ② 療育手帳 | | |
| | ③ 精神障がい者保健福祉手帳 | | |
| 対象者氏名 | | 続柄 | |
| 対象者生年月日 | 年 月 日 | | |
| 提出書類 | 障がい交付手帳の写し（コピー） | | |

☆お預かりしました申請書類は、生協が個人情報として厳重に管理します。