

「コープ宅配利用料減額サポート」兼「赤ちゃんサポート」のご案内

各サポートをご利用いただける条件を満たしている組合員さんが「コープ宅配（個人宅配、ペア宅配、JSS=ジョイントサポートシステム）」をご利用される場合、その宅配利用料を 262円 から減額いたします。「赤ちゃんサポート」については宅配利用料減額以外のサポートもございます。グループ・ステーションをご利用の方もご利用いただけます。



各サポート	減額後の宅配利用料金額	サポートの対象となる方	登録時の確認書類等
赤ちゃんサポート	0円	組合員本人又は配偶者の妊娠・出産で、母子手帳発行時から満1歳までの方。対象期間は登録から1年間。 (宅配利用料金減額以外のサポートもございます)	・ 申請用紙 ・ 母子手帳の提示
子育てサポート	157円	組合員本人又は配偶者の妊娠・出産で、母子手帳発行時から4歳誕生日後の最初の4月1日までの方。 対象期間は登録のお子様4歳誕生日後の最初の4月1日まで。	・ 申請用紙 ・ 母子手帳の提示
ほほえみサポート	157円	①組合員本人を含め、「同居家族全てが満年齢65歳以上」の方のみのご世帯。（1人暮らし含む）	・ 申請用紙
		②組合員本人又は、同居の家族が「精神障がい者保健福祉手帳」をお持ちの方。	・ 申請用紙 ・ 障がい手帳の提示
		③組合員本人又は、同居の家族が「療育手帳」をお持ちの方。	・ 申請用紙 ・ 療育手帳の提示
		④組合員本人又は、同居の家族が「特定疾患医療受給者証」をお持ちの方。	・ 申請用紙 ・ 受給手帳の提示
		⑤組合員本人又は、同居の家族が「小児慢性特定疾病医療受給者証」をお持ちの方。	・ 申請用紙 ・ 受給手帳の提示
		⑥組合員本人又は、同居家族が「身体障がい者手帳」をお持ちの方。	・ 申請用紙 ・ 障がい手帳の提示
		⑦組合員本人又は、同居家族が「介護保険被保険者証」をお持ちで、「要介護認定」を受けておられる方。（要支援を除く）	・ 申請用紙 ・ 介護保険証の提示

改定日 2016年4月7日

■お申し込み方法■

- ・ 別紙「サポート申請用紙」に必要事項を記入いただき、必要とする手帳や証書の提示をお願いします。担当者が確認をさせていただきます。
※生協の担当者が直接、手帳や証書を確認できない場合はコピーの提出をお願いすることがあります。また、申し込み時にご家庭の事情等について質問をさせていただくことがあります。
- ・ 申請があっても客観的に「共同購入・継続した店舗利用が可能と判断できる」等の理由でサポートの利用ができないこともありますので、ご了承下さい。
- ・ サポートのご利用中に、ご家庭の事情が利用条件からはずれた場合は、サポート利用を停止していただきます。すみやかに生協までお申し出ください。
- ・ 減額の開始は、申し込み用紙に基づき、各サポートの登録処理後からとなります。期間をさかのぼって減額返金はいたしません。ご了承ください。

※各サポートのご利用を希望される方は「地域担当者」または、もよりの「支所」へご連絡下さい。



「コープ宅配利用料減額サポート」兼「赤ちゃんサポート」申請用紙

◇太線内の必要事項をご記入頂き、生協担当者へお渡してください。

◆手帳や証書を直接確認させていただきますので、担当者へ提示をお願いいたします。(登録・解除・変更)

【申請される組合員様情報】



書式改定日2016年3月19日

組合員氏名	様	申請日	20	年	月	日	生年月日	西暦	年	月	日
ご住所	〒 - 電話番号 () -										

★ご希望制度をお選び頂き、太枠に必要事項をご記入ください。

<赤ちゃんサポート> 母子手帳発行～満1歳まで

の同居のお子さま

<子育てサポート> 母子手帳発行～満4歳まで

※ご出産前の場合は出産予定日をご記入いただき、ご出産後誕生日申請用紙の提出をお願いします。↓

※申請は組合員ご本人又は配偶者のお子さまに限ります。

お子さまのお名前 と生年月日	フリガナ () 様	20	年	月	日	(歳)	誕生日 ・ 出産予定
赤ちゃんサポート ご登録希望日 ※適応は1週間を 要します	20	年	月	日	日から	手帳 【生協記入】 初回赤サポ 配達日	適応 開始日 20 年 月 日 適応 終了日 20 年 月 15 日

※ご登録希望日の変更については、赤ちゃんサポート適応開始1週間前までお受けいたします。変更希望の際はご相談ください。

<ほほえみサポート>①満年齢65歳以上の世帯 同居者さまのお名前・年齢をご記入ください。

同居者さま のお名前	お名前 様	年齢 歳	お名前 様	年齢 歳
---------------	----------	---------	----------	---------

<ほほえみサポート>②～⑦の手帳または受給証をお持ちの方(下記項目参照)

対象者さま のお名前	お名前 様	年齢 歳	申請者さまの 続柄	○を→ ②精神障がい ③療育 ④特定疾患 ⑤小児特定慢性疾患 ⑥身体障がい ⑦要介護認定	手帳
---------------	----------	---------	--------------	--	----

この申込書に記載していただいた個人情報は、制度の登録と運用に使用します。また、生協がすすめる事業などのご案内に活用させていただく場合があります。

【生協記入欄】 組合員CD	支所 受付者名	支所 事務局確認	本部事務 センター	区分	開始日	終了日
	新規 組合員	既存 組合員		印	印	印

キリトリ

★減額サポート 受付表★ 様

「減額サポート申請用紙」を受付しました。減額の開始は、登録処理後からとなります。

請求書にてご確認ください。期間をさかのぼって減額返金はいたしませんので、ご了承ください。

尚、今後ご家庭の状況が適用条件から外されたときは、すみやかに生協にご連絡くださるようお願い致します。

生協が皆様の暮らしにお役立ちできることを心から願っております。今後とも宜しくお願い致します。

生活協同組合コープぎふ 担当者 印

★お誕生日申請用紙★

ご提出日	年	月	日	受付 担当
組合員名	様			印
お子様のお名前	様			登録 担当
お誕生日	年	月	日	印
組合員CD				