Solaseed Air 介護特別割引申込用紙

☐ 新規申込　☐ 更新（現在お持ちのパス No　KTI-　　）

☐要介護・要支援被認定者(介護を必要とされる方)へのパス発行希望　※要写真

路線選択（介護を必要とする方と介護をなさる方の最寄りの空港を結ぶ一路線限定）

☐東京-宮崎　☐東京-熊本　☐東京-長崎　☐東京-鹿児島　☐東京-大分　☐東京-沖縄　☐名古屋-鹿児島

☐名古屋-宮崎　☐沖縄-宮崎　☐沖縄-鹿児島　☐沖縄-神戸　☐沖縄-名古屋　☐沖縄-石垣　☐沖縄-福岡

介護パスのお届け先選択（下記２ヶ所限定）

☐要介護・要支援者（介護を必要とされる方）宅　☐介護者（介護をなさる方）宅

要介護・要支援被認定者(介護を必要とされる方)

フリガナ				性　別	
お名前				男	女
生年月日	明治・大正・昭和・平成　　年　　月　　日　　年齢　　歳(申込日現在)				
ご住所	〒　　－				
介護保険被保険者証番号		要介護状態区分等	要介護・要支援（　　）		
TEL		認定の有効期間	平成/令和　　年　　月　　日(※)迄		

(※)この日付から１ヵ月後迄が介護割引パスの有効期限となります。

介護者(介護をなさる方)　※要介護者１名につき２名様まで　●弊社からの連絡可能な方を上段にご記入願います。

フリガナ		性　別		要介護・要支援被認定者との関係
お名前		男	女	
生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日　年齢　　歳(申込日現在)			
ご住所	〒　　－			
TEL				

フリガナ		性　別		要介護・要支援被認定者との関係
お名前		男	女	
生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日　年齢　　歳(申込日現在)			
ご住所	〒　　－			
TEL				

※以下の提出書類がお揃いかご確認ください

20210215

☐　認定証明・有効期限のある介護保険証または、認定結果通知書

☐　過去６ヶ月以内の戸籍謄本・抄本、または有効期限が切れて１年以内の介護パス

☐　介護割引パス発行希望者本人の現住所を証明する公的書類

☐　介護割引パス発行希望者本人の写真(3cm×3cm)**※写真裏面に、必ずお名前の記入をお願いします。**

事務局記入欄	**介護割引パス番号**	KTI-
	介護割引パス有効期限	年　　月　　日

受付日：

ソラシド介護事務局