

受付をした団体は、必ず受付日印を押してください。受付日印のない申込書は無効です。
また、有効期限を超えて受付けたお申込みは期限切れ扱いとさせていただきます。

(受付団体名)※必須	(受付日印)※必須
公益社団法人横浜市身体障害者団体連合会 〒222-0035 横浜市港北区鳥山町 1752 番地 障害者スポーツセンター横浜ラポール 3 階 TEL 045-475-2060 FAX 045-475-2064	

紛失再発行用

ジパング倶楽部特別会員申込書

※ 太枠内のことがらをご記入ください。
なお、会員番号、有効期限はお手持ちの会員手帳を見てご記入ください。

会 員 番 号	A						
有 効 期 限	西 暦 2 0 年 月 末						
手 帳 利 用 回 数	※紛失された手帳のご利用回数 (必ずご記入下さい) 回使用						

※記載内容の変更… 変更あり ・ 変更なし (いずれかに○)

フ リ ガ ナ	
氏 名	
生 年 月 日	西 暦 年 月 日 (歳)
性 別	男性 ・ 女性
住 所	〒 □□□-□□□□
固 定 電 話	市外局番 () —
携 帯 電 話	— —
障 害 種 別 等	肢体 ・ 視 覚 ・ 聴 覚 ・ 内 部 ・ その他 ()
	旅客鉄道株式会社運賃減額… 第1種 ・ 第2種

再発行手数料: 630円(税込) ※お支払いは現金のみ。郵送の場合は現金書留で。