



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](http://www.jal.co.jp)  
 JAL国内線ご予約・ご購入・ご案内 **0570-025-022 (8:00~20:00 [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 府県
	市区 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。