年　　月　　日

商工会行

　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所 在 地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 代表者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号（　　　　）　　　　－

**県営名古屋空港応援キャンペーン　キャッシュバック申請書**

県営名古屋空港応援キャンペーンにおいて、下記の通り申請いたします。なお、申請にあたっては次の事項に同意いたします。

1. キャッシュバック対象者であることを、商工会で確認を受けること。
2. 記載間違え等の事由により申請者に連絡・確認できない場合は、当該申請が取り下げられたものとみなすこと。
3. キャッシュバック代金は、１ケ月毎のお支払いとなり、通知後、商工会窓口で受け取ること。

記

**【キャッシュバック対象者】**

**※申請は搭乗後３０日以内でお願いします。※ＦＤＡメンバーズ番号がないと受付できません。申請前にご登録をお願い致します。**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ① | フリガナ |  | 生年月日（年齢） | 対象区分（○印） |
| 氏　　名 |  | 　　･　　･　　(　　) | 事業主・役員　　従業員　　家族 |
| FDAメンバーズ番号 | (搭乗日　　　月　　 日)　(便名FDA　　　　便)　(県営名古屋空港 →　 　　 　空港) |
|  | (搭乗日　　　月　　 日)　(便名FDA　　　　便)　(　　 空港 → 県営名古屋空港)　 |
| ② | フリガナ |  | 生年月日（年齢） | 対象区分（○印） |
| 氏　　名 |  | 　　･　　･　　(　　) | 事業主・役員　　従業員　　家族 |
| FDAメンバーズ番号 | (搭乗日　　　月　　 日)　(便名FDA　　　　便)　(県営名古屋空港 →　 　　 　空港) |
|  | (搭乗日　　　月　　 日)　(便名FDA　　　　便)　(　　 空港 → 県営名古屋空港)　 |
| ③ | フリガナ |  | 生年月日（年齢） | 対象区分（○印） |
| 氏　　名 |  | 　　･　　･　　(　　) | 事業主・役員　　従業員　　家族 |
| FDAメンバーズ番号 | (搭乗日　　　月　　 日)　(便名FDA　　　　便)　(県営名古屋空港 →　 　　 　空港) |
|  | (搭乗日　　　月　　 日)　(便名FDA　　　　便)　(　　 空港 → 県営名古屋空港)　 |
| ④ | フリガナ |  | 生年月日（年齢） | 対象区分（○印） |
| 氏　　名 |  | 　　･　　･　　(　　) | 事業主・役員　　従業員　　家族 |
| FDAメンバーズ番号 | (搭乗日　　　月　　 日)　(便名FDA　　　　便)　(県営名古屋空港 →　 　　 　空港) |
|  | (搭乗日　　　月　　 日)　(便名FDA　　　　便)　(　　 空港 → 県営名古屋空港)　 |
| ⑤ | フリガナ |  | 生年月日（年齢） | 対象区分（○印） |
| 氏　　名 |  | 　　･　　･　　(　　) | 事業主・役員　　従業員　　家族 |
| FDAメンバーズ番号 | (搭乗日　　　月　　 日)　(便名FDA　　　　便)　(県営名古屋空港 →　 　　 　空港) |
|  | (搭乗日　　　月　　 日)　(便名FDA　　　　便)　(　　 空港 → 県営名古屋空港)　 |
| 申請額 | 1,000円　×　　　片道＝　　　　　　　　円 |

※５名を超える対象者がある場合は、本書をコピーしてお使いください。

**【商工会確認欄】**

上記の申請者は、キャッシュバック対象者であることを確認しました。　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　商工会　　　 確認職員名

※記載された個人情報は、本件の事務処理にのみ使用します。