

商工会 宛て

申請者 事業所名 _____
 所在地 _____
 申請者 _____
 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 記載間違い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ても異議を申し出ないこと。
- ③ 対象運賃：「ドリーム割」「フレックスドリーム」「法人運賃」「普通運賃」「障がい者割引運賃」「小児運賃」
- ④ 申請は搭乗日後(土、日、祝日を含む)30日以内に申請すること。
- ⑤ F D Aメンバーズ番号がないと受付できません。申請前に全員登録をすること。

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)		
申請額			1,000 円 ×	片道 = 円

※ 4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】

NO

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。