

# FAX 03-6718-4087

母子寡婦福祉手帳申込書(全母子協専用) 申込日 20 年 月 日

以下の通り申し込みます。(太枠の中にご記入ください。)

Order No.		※ 全母子協記入欄
Customer No.		※ 全母子協記入欄

## ■ お客様情報記入欄

① フリガナ		性 別	ひとり親家庭ですか？
お 名 前		男 ・ 女	はい ・ いいえ
② 郵便番号		※ご住所のご記入は都道府県名からお願いいたします	
③ ご住所	( )都・道・府・県 ( )市・郡		
	(アパートマンション名)		
④ 電話番号			
⑤ E-mail			
⑥ 会員区分	母子会に加入していますか？ <input type="checkbox"/> はい (⑦に記入お願いします) <input type="checkbox"/> いいえ		
	母子会のご案内をお送りしてよろしいですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
⑦ 所属母子会名	※すでに母子会に加入している方はご記入お願いします		

## ■ 母子寡婦福祉手帳 購入申込欄

年度	購入形態	配送方法	御支払い方法	数量
2017年版 734円(1冊) 税込価格	<input checked="" type="checkbox"/> 個別発送	<input checked="" type="checkbox"/> 郵便 (一冊当たり82円) ※複数の倍は@82×冊数	<input type="checkbox"/> 郵便振替 <input type="checkbox"/> 銀行振込	冊
合 計	商品合計	送料合計	振込手数料は御負担願います	振込合計
	円	円	_____	円

### <2017年版ご注文方法>

2017年版 FAX・郵便にて申込書をご送付ください。11月中旬より順次発送いたします。

### <払込方法>

郵便振替 11月中旬以降、商品を発送する際に、ご請求書を同梱いたします。商品及び請求書到着後に、郵便局に備え付けの払込用紙(青色)に、口座番号とご住所・郵便番号・電話番号・氏名・冊数を記入の上ご送金ください。その場合は払込用紙の通信欄に、必ず『〇〇年版手帳注文』と記入をお願いします。銀行からもお振込み可能です。

(郵便振替口座) 00140-8-296946 一般財団法人 全国母子寡婦福祉団体協議会

(銀行振込口座) ゆうちょ銀行 <sup>ゼロイチキョウ</sup>〇一九(店)  
当座 0296946 一般財団法人 全国母子寡婦福祉団体協議会

### <申込書送付先> 一般財団法人 全国母子寡婦福祉団体協議会

〒140-0011  
東京都品川区東大井5-26-20アクシルコート大井仙台坂104  
FAX 03-6718-4087 TEL 03-6718-4088