

クロネコ見守りサービス ハローライト訪問プラン サービス申込書

※離島他、一部提供できない地域がございます。

※申込書・口座振替依頼書は返却しません。控えはご自身でコピー等をお取りください。

20220901
V2.6

太枠内は必ずご記入ください。

① 必須	*別紙「クロネコ見守りサービス ハローライト訪問プラン利用規約」を確認の上、同意します。					同意します <input type="checkbox"/>	お申込み日	② 必須		
	下記内容に誤りがある場合、異常検知メール通知等が正しく実施されない場合があることに同意します。					同意します <input type="checkbox"/>			(西暦) 年 月 日	
ご契約者 ※ご請求先	氏名	③ 必須	フリガナ 姓	名	性別	④ 必須	※該当に○ 男・女	月生 日年	⑤ 必須	(西暦) 年 月 日
	連絡先	⑥ 必須	電話番号 (携帯)	() -	※お持ちでない場合は固定電話の番号をご記入ください。					
	住所	⑦ 必須	メールアドレス	フリガナ _____ @						
設置先	⑨ ご契約者と同じ <input type="checkbox"/> ※ご契約者と異なる場合、下記欄にご記入ください。※設置先の同意を得た上でお申し込みください。									
	氏名	⑩ 必須	フリガナ 姓	名	性別	⑪ 必須	※該当に○ 男・女	月生 日年	⑫ 必須	(西暦) 年 月 日
	連絡先	⑬ 必須	電話番号 (携帯)	() -	※お持ちでない場合は固定電話の番号をご記入ください。					
メインの通知先	⑮ ご契約者と同じ <input type="checkbox"/> ※ご契約者と異なる場合、下記欄にご記入ください。なお、設置先はメインの通知先としては指定できません。 ※通知先の同意を得た上でお申し込みください。									
	氏名	⑯ 必須	フリガナ 姓	名	たか設 開ら置 係見先	⑰ 必須	※該当に○ 夫・妻 / 兄弟・姉妹 / 子 / 孫 / 父・母 / 祖父・祖母 / その他親族 友人・知人 / ヘルパー・ケアマネージャー等 / その他()			
	連絡先	⑱ 必須	メールアドレス	フリガナ _____ @						
月額 費用	980円 (税込1,078円)		支払 方法	⑳ 必須 ○		・代金後払い ・口座振替 ・1ヶ月契約が前月10日に自動更新されます。 ・代金後払い手数料 209円(税込)※は別途、お客様負担となります。 ※2022年11月1日以降申込み登録完了分より242円(税込)に変更されます。 ・口座振替は別途「口座振替依頼書」の提出が必要です。口座振替の開始までは代金後払いによるお支払いです。				

㉑ 任意:追加がある場合、下記欄にご記入ください。 ※通知先の同意を得た上でお申し込みください。

追加の 連絡先	〔 1 〕	氏名	フリガナ 姓	名						
		メールアドレス	フリガナ _____ @							
	〔 2 〕	氏名	フリガナ 姓	名						
		メールアドレス	フリガナ _____ @							
	〔 3 〕	氏名	フリガナ 姓	名						
		メールアドレス	フリガナ _____ @							

上記の内容をご確認の上、ご署名またはご捺印をお願いします。

※弊社使用欄

ご案内担当者

ご署名 (自書)	⑳ 必須		確認日	/	店所 コード	店所名
					社員 番号	