

# 県営名古屋空港応援キャンペーン

FDA運賃（片道） **1,000 円**  
キャッシュバック

対象外

無償航空券、ご搭乗45日前までにご予約・ご購入いただく割引運賃「45割」、「U-22割」、「バースデー割」、団体でのご利用等についてはキャッシュバック対象外とさせていただきます。

フジドリームエアラインズ（FDA）様のご協力により、「県営名古屋空港応援キャンペーン」の期間延長を平成31年度も実施することとなりました。中部圏でのビジネス活用に不可欠な県営名古屋空港路線をぜひご利用ください。

★キャンペーン期間 2019年4月1日～2020年3月31日のご搭乗分

★キャッシュバック対象者 春日井商工会議所の会員事業所

- ・個人会員は、事業主とその家族及び従業員とその家族
- ・法人会員は、役員とその家族及び従業員とその家族

## 申請方法

### 1. FDAメンバーズ（入会金・年会費無料）に登録する

FDA ホームページから、会員登録を行い、会員番号を入手してください。  
県営名古屋空港発着の定期便を利用後に登録いただいても構いません。

- ①FDA社のホームページにアクセスし「ログイン（会員登録）」をクリック。
  - ②会員規約に同意する。
  - ③必要情報を入力（氏名、住所、生年月日等）。
  - ④「確認」をクリックし、内容に間違いがなければ「登録」をクリック。
- 登録されたアドレス宛に登録完了のメールが届きます。  
FDA会員ID（FDAメンバーズ番号）が記載されていますので保管をお願いします。

### 2. 県営名古屋空港発着の定期便を利用する

対象の路線は、県営名古屋空港発着の「青森便・花巻便・山形便・新潟便・出雲便・高知便・福岡便・熊本便」となります。

### 3. 春日井商工会議所へ申請（搭乗後30日以内）

裏面にある申請書に必要事項をご記入のうえ、ご搭乗日から30日以内に、春日井商工会議所窓口へ持ち込み、またはFAXにて申請して下さい。必要事項に不備がある場合は、受理されない場合がございます。

### 4. 会議所窓口にてキャッシュバック代金をお支払い

- ・申請書受理後、FDAへ搭乗確認を行い、後日お支払日をご連絡します。
- ・春日井商工会議所窓口にて現金をお支払い致します（振込対応はいたしかねます）。
- ・支払いに際して現金受け取り者を証明できる「社員証・健康保険証・運転免許証」をご提示願います。
- ・キャッシュバック回数には制限はございません。

春日井商工会議所 へて  
(FAX: 0568-81-3123)

申請者 事業所名.....  
所在地.....  
申請者.....  
電話番号.....  
FAX 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、春日井商工会議所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。

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 ×	片道二	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。

**【春日井商工会議所 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。

令和 年 月 日

春日井商工会議所 確認職員名

印

※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。