

ヘルプマーク・ヘルプカード申込書

年 月 日

ヘルプマークを希望される方	ふりがな			年齢	歳									
	お名前													
	希望するもの	ヘルプマーク ヘルプカード ※希望するものすべてに○を付けてください。												
	障害種別 (該当の番号に ○を付けてください)	1. 視覚障害	2. 聴覚・言語障害	3. 盲ろう	4. 肢体不自由	5. 内部障害	6. 重症心身障害	7. 知的障害	8. 発達障害	9. 精神障害	10. 依存症	11. てんかん	12. 高次脳機能障害	13. 難病

※代理の方が受け取られる場合

代理の方	ふりがな		
	お名前		
	ヘルプマークを希望される方との関係		