

郵送用

ヘルプマーク・ヘルプカード申込書

ねん がつ にち
年 月 日

ヘルプマークを希望される方	ふりがな		ねんれい 年齢	さい 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 14. その他()		

※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	