

もうしこみしょ  
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		
	お名前	ねんれい 年齢	さい 歳
	お電話番号	( )	
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		
	1. 視覚障がい      2. 聴覚・言語障がい 3. 盲ろう      4. 肢体不自由 5. 内部障がい      6. 重症心身障がい 7. 知的障がい      8. 発達障がい 9. 精神障がい      10. 依存症 11. てんかん      12. 高次脳機能障がい 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		
	お電話番号	( )	