

ヘルプマーク・ヘルプカード^{もうしこみしょ}申込書

ねん 年 がつ 月 にち 日

ヘルプマーク等を希望される方 ^{とう} かた	ふりがな			ねんれい 年齢	さい 歳
	お名前 ^{なまえ}				
	希望するもの ^{きぼう}	ヘルプマーク ヘルプカード			
	障害種別 ^{しょうがいしゅべつ} (該当の番号 ^{がいとうばんごう} に○してください)	※希望するものすべてに○を付けてください。 1. 視覚障害^{しかくしょうがい} 2. 聴覚・言語障害^{ちやうかくげんごしょうがい} 3. 盲ろう^{もうろう} 4. 肢体不自由^{したいふじゆう} 5. 内部障害^{ないぶしょうがい} 6. 重症心身障害^{じゅうしやうしんしんしょうがい} 7. 知的障害^{ちてきしょうがい} 8. 発達障害^{はったつしょうがい} 9. 精神障害^{せいしんしょうがい} 10. 依存症^{いぞんしやう} 11. てんかん 12. 高次脳機能障害^{こうじのうきのうしょうがい} 13. 難病^{なんびやう} 14. その他()			

※代理^{だいり}の方が受け取られる場合^{かたうとばあい}

代理の方 ^{だいりかた}	ふりがな	
	お名前 ^{なまえ}	
	ヘルプマーク等を希望される方との関係 ^{きぼうされるかたのかんけい}	