様式第１号（第４条・第６条関係）

ヘルプマーク 交付 再交付申請書

石　川　県　知　事　殿

年　　　月　　　日

私は下記のとおり、ヘルプマークの交付・再交付を申し込みます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申  請  者 | フリガナ |  | 年齢  　　　　　　歳 |
| 氏名 |  |
| 連絡先 | 〒  Tel －　　　－ | |
| 代  理  人 | フリガナ |  | 申請者との続柄 |
| 氏名 |  |
| 連絡先 | 〒  Tel －　　　－ | |
| 周囲からの援助や配慮を必要とする状態について | | * 身体障害（内部障害・肢体不自由・視覚・聴覚・その他（　　　　　　　）） * 知的障害　□ 精神障害　□ 難病　□ 妊娠初期   □ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 周囲からの援助や配慮を必要とする理由 | |
|  | |

※周囲からの援助や配慮を必要とすることを証する書類（障害者手帳等）がある場合は、申し込みの際にご提示ください。（代理人による申請の場合は、コピーをお持ちください。）

※この申込書に記載された個人情報は、ヘルプマークの管理に限り利用するもので、その他の目的で利用することはありません。

- - - - - - - - - - -ここから下の欄には記入しないでください - - - - - - - - - - -

交付窓口記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 確認方法 | ＜確認書類あり＞  □身体障害者手帳　□ 療育手帳　□精神保健福祉手帳  □ 特定医療費（指定難病）受給者証　□ 母子健康手帳   * その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ＜確認書類なし…下記に聞き取り内容を記載＞ |