

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
	氏名		歳
	連絡先	〒 Tel — —	
代理人	フリガナ	申請者との続柄	
	氏名		
	連絡先		
周囲からの援助や配慮を必要とする状態について	<input type="checkbox"/> 身体障害（内部障害・肢体不自由・視覚・聴覚・その他（ ））		
	<input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 精神障害 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 妊娠初期		
	<input type="checkbox"/> 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、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	<p><確認書類あり></p> <p><input type="checkbox"/>身体障害者手帳 <input type="checkbox"/>療育手帳 <input type="checkbox"/>精神保健福祉手帳</p> <p><input type="checkbox"/> 特定医療費（指定難病）受給者証 <input type="checkbox"/> 母子健康手帳</p> <p><input type="checkbox"/> その他（ ）</p> <hr/> <p><確認書類なし…下記に聞き取り内容を記載></p>
-------------	---