

## ヘルプマーク交付希望申出書

令和 年 月 日

氏名	(ふりがな)		
お住まいの市町名			
年代	10歳未満 ・ ( ) 歳代		
種類	ストラップ型 ・ カード型		
交付希望の理由	視覚 ・ 聴覚 ・ 肢体不自由 ・ 内部 知的 ・ 精神 ・ 発達 ・ 難病 ・ 妊娠 その他 ( )		
手帳の有無	有 ・ 無	備考	

取扱機関 (団体名・県機関名)