

別記第2号様式（第4条関係）

ヘルプマーク配布申込書（郵送用）

もうしこみ び れいわ ねん がつ ひ
申込日 令和 年 月 日

| | | | | | |
|--------------------------------------|---|--|--|---|------------------|
| 配 布 希 望 者 | し め い 氏 名 | | | せいねんがっぴ 生年月日 | ねん がつ ひ 年 月 日 |
| | じゅうしょ 住 所 | 〒 ー | | | |
| | はいりよ 配慮が ひつよう 必要な じょうきよう 状 況 がいつこうもく (該当項目 にレ点) | <input type="checkbox"/> ないぶしょう 内部障がい | <input type="checkbox"/> しかくしょう 視覚障がい | <input type="checkbox"/> ちょうかく げんごしょう 聴覚・言語障がい | 電 話 |
| | <input type="checkbox"/> もう 盲ろう | <input type="checkbox"/> したいふじゆう 肢体不自由 | <input type="checkbox"/> ちてきしょう 知的障がい | | |
| | <input type="checkbox"/> せいしんしょう 精神障がい | <input type="checkbox"/> はったつしょう 発達障がい | <input type="checkbox"/> こうじのうきのうしょう 高次脳機能障がい | | |
| | <input type="checkbox"/> てんかん | <input type="checkbox"/> なんびょう 難病 | <input type="checkbox"/> にんしん 妊娠 | | |
| | <input type="checkbox"/> にんちしょう 認知症 | <input type="checkbox"/> こうれいしゃ 高齢者 | | | |
| | <input type="checkbox"/> その他 () | | | | |
| もうしこみ くぶん 申込の区分 | <input type="checkbox"/> しんき 新規 | <input type="checkbox"/> さいはいふ りゆう 再配布 (理由) | | | |
| ゆうそうはいふ りゆう 郵送配布の理由 | | | | | |
| ヘルプカード | ヘルプカードの配布を (<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない) | | | | |
| だいりにん 代理人 また だいひつしゃ (又は代筆者) | | | つづきがら 続柄 | | |

- ※1 ヘルプマークの配布は1人1個に限ります。
- ※2 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。
- ※3 郵送による配布を希望する場合は、必ず、この申込書に送付先の住所・氏名を記載した返信用封筒と返信用切手を添えて申込みをしてください。

申込先 〒311-3495
茨城県小美玉市上玉里1122番地
小美玉市役所 社会福祉課 ヘルプマーク担当

受 付 欄