

様式第1号（第4条関係）

ヘルプマーク・ヘルプカード配付申請書

年 月 日

常陸大宮市長 様

申請者（配付対象者）

住 所 _____

ふりがな

氏 名 _____

電話番号 _____

通勤・通学先等

住 所 常陸大宮市 _____

名 称 _____

ヘルプマーク・ヘルプカードの配付を申請します。

申請事由 (障害の状態等)	該当するものに「レ」を付けて下さい
	<input type="checkbox"/> 身体障害（内部障害を含む。） <input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 発達・知的障害 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 手術後 <input type="checkbox"/> 妊娠初期 <input type="checkbox"/> その他（ ）
申請区分	該当するものに「レ」を付けて下さい
	<input type="checkbox"/> 配付 <input type="checkbox"/> 再配付（ <input type="checkbox"/> マーク <input type="checkbox"/> カード） 再配付の理由： <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> その他（ ）

常陸大宮市記入欄
配付番号 _____
配付日 _____
台帳記入 _____

代理申請の場合

代理人氏名 _____

申請者との間柄 _____