

ヘルプマーク及びヘルプカード配付・再配布申込書

申込日 令和 年 月 日

東海村長 山田 修 様

申込者 住所
 ふりがな
 氏名
 電話 ()

ヘルプマーク・ヘルプカードの配布を申し込みます。

利用者	<input type="checkbox"/> 申込者と同じ者		
	<input type="checkbox"/> 代理申請の場合 住所 東海村 氏名 申請者との関係 電話 ()		
申込事由 (該当する事項に「レ」を 付けてください)	<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"/> 精神障害
	<input type="checkbox"/> 難病	<input type="checkbox"/> 手術後	<input type="checkbox"/> 認知症
	<input type="checkbox"/> 妊娠初期	<input type="checkbox"/> その他 ()	
申込区分 (該当する事項に「レ」を 付けてください)	<input type="checkbox"/> 配布	<input type="checkbox"/> 再配布 (<input type="checkbox"/> マーク <input type="checkbox"/> カード)	
	再配布の理由 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損		
	<input type="checkbox"/> その他 ()		

※ ヘルプマーク及びヘルプカードが不要となった場合は、速やかに返却します。

※ ヘルプマーク及びヘルプカードの要不要に関わらず、他者に譲渡することはありません。

担当者記載欄

配付決定	<input type="checkbox"/> 配付 (ヘルプマーク, ヘルプカード <input type="checkbox"/> 茨城県 <input type="checkbox"/> 東海村) <input type="checkbox"/> 対象外		
	<input type="checkbox"/> 配付日 令和 年 月 日		
配付情報	<input type="checkbox"/> 配布番号		
	<input type="checkbox"/> 台帳記入 令和 年 月 日		

共有

課長	補佐	係長	記録	配付	受付