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 | □申込者と同じ者 |
|  | □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 | * 身体障害（内部障害を含む。）　　　　　 □　聴覚障害 |
| （該当する事項に「レ」を | * 視覚障害　　　□　発達・知的障害　　　□　精神障害 |
| 付けてください） | * 難病　　　　　□　手術後　　　　　　　□　認知症 |
|  | * 妊娠初期　　　□　その他（　　　　　　　　） |
| 申込区分 | □　配布 □　再配布（□　マーク　　□　カード） |
| （該当する事項に「レ」を | 再配布の理由 □　紛失　　□　破損 |
| 付けてください） | □　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 | □配　付 （ヘルプマーク，ヘルプカード　□茨城県　□東海村）　　□対象外 |
|  | □配付日　　　令和　　　年　　　月　　　日 |
| 配付情報 | □配布番号 |
|  | □台帳記入　　令和　　　年　　　月　　　日 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 共有 |  | 課長 | 補佐 | 係長 | 記録 | 配付 | 受付 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |