

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 ( )
	<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