

# ヘルプマーク **（交付）** 申請書

石川県知事殿

令和〇〇年〇〇月〇〇日

私は下記のとおり、ヘルプマークの交付・再交付を申し込みます。

本人確認出来る物  
をお持ちください

申請者	フリガナ	〇〇 〇〇〇	年齢 〇〇 歳
	氏名	〇〇 〇〇〇	
	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 内灘町〇〇〇 〇〇〇 Tel 〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇	
代理人	フリガナ		申請者と 申請者の方の証明書 類（コピー可）と、代 理の方の本人確認書 類が必要です。
	氏名		
	住所	〒	
	Tel	- -	
周囲からの援助や配慮を必要とする状態について	<input type="checkbox"/> 身体障害（内部障害・肢体不自由・視覚・聴覚・その他（ ）） <input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 精神障害 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 妊娠初期 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	周囲からの援助や配慮を必要とする理由 <b>上記理由の無い方、周囲の方から確認した具体的支援内容を記入</b>		
備考			

手帳等、証明できるものがある方は、チェックしてください

※周囲からの援助や配慮を必要とすることを証する書類（障害者手帳等）がある場合は、申し込みの際にご提示ください。（代理人による申請の場合は、コピーをお持ちください。）

※この申込書に記載された個人情報は、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。

-----ここから下の欄には記入しないでください-----

### 交付窓口記入欄

確認方法	<確認書類あり> <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 特定医療費（指定難病）受給者証 <input type="checkbox"/> 母子健康手帳 <input type="checkbox"/> その他（ ）
確認者	<確認書類なし…下記に聞き取り内容を記載>

