

岡 山 市 ヘ ル プ マ ー ク 配 布 申 請 書

私は、ヘルプマークの配布を申請します。

年 月 日

<b>申請者</b>	住 所 岡山市 区
	ふりがな
	氏 名
	電話番号 — —

1 援助や配慮を必要とする状態

該当する項目の□にチェックを入れ、必要事項を記入してください。

- 身体障害のある方 (身体障害者手帳をお持ちの方)
  - 視覚障害                       聴覚障害                       平衡機能障害
  - 音声機能、言語機能又はそしゃく機能の障害
  - 肢体不自由 (上肢)       肢体不自由 (下肢)       肢体不自由 (体幹)
  - 運動機能障害・上肢       運動機能障害・移動
- 内部障害【心臓, じん臓, 呼吸器, ぼうこう又は直腸, 小腸, 免疫, 肝臓】
- 知的障害のある方 (療育手帳をお持ちの方)
- 精神障害のある方 (精神障害者保健福祉手帳をお持ちの方)
- 発達障害などのある方
- 難 病 の 方 (特定医療費 (指定難病) 受給者証をお持ちの方)
- 妊 産 婦
- そ の 他 ( )

※ヘルプマークを必要とする理由をご記入ください。

※太字枠内をご記入ください。

※申請の際には、申請者の住所等を確認できる書類 (運転免許証, 保険証等) をご持参ください。

【代理人記入欄】

代理人氏名		申請者との続柄	
代理人住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同住所 <input type="checkbox"/> 申請者と異なる ※住所が違う場合は、下記括弧 <small>かっこ</small> にご記載ください。		
代理人電話番号	— —		

※ (受付窓口記入欄)

住所等確認の有無		配布年月日	年 月 日	受付窓口	
----------	--	-------	-------	------	--

配布番号	
------	--