佐用町

ヘルプマーク交付申請書

申請年月日	年　　月　　日
住　　所	〒
氏　　名	
交付希望	ヘルプマーク（タグ）　　ヘルプカード ※　交付を希望するものを○で囲んでください（両方可）。

援助や配慮を必要とする状態（該当するものを○で囲んでください。） ※障害者手帳写等の添付は不要	視覚障害　聴覚障害　音声・言語障害 肢体不自由　内部障害　高次脳機能障害 その他の身体障害　難病 知的障害　精神障害　発達障害 妊娠中　高齢　傷病 その他（　　）
備　　考	

※１．ヘルプマーク・ヘルプカードの交付は１人１個（枚）に限ります。
２．来庁又は郵送・ＦＡＸで申請してください。
電話での申請は受け付けできません。
３．申請書に記載された個人情報はマークの管理に限り利用するものであり、その他の目的で利用することはありません。ただし、個人が特定されないよう統計的に処理した情報を公表することがあります。

申請先	〒679-5380　兵庫県佐用郡佐用町佐用2611番地1 佐用町健康福祉課　子育て・福祉室 FAX）0790－82-0144 ／ TEL）0790-82-0661（問い合わせのみ）