

様式第1号（第5条関係）

守谷市ヘルプマーク・ヘルプカード交付申請書

申請日 年 月 日

守谷市長宛て

申請者 住 所 _____
ふりがな _____
氏 名 _____
電話番号 _____

私は、守谷市ヘルプマーク・ヘルプカードの交付を申請します。

| |
|---|
| 1 交付区分 <input type="checkbox"/> 交付 <input type="checkbox"/> 再交付〔再交付の場合： <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> その他（ ）〕 |
| 2 申請事由（障がい等の状態） <input type="checkbox"/> 肢体不自由 <input type="checkbox"/> 内部障がい <input type="checkbox"/> 聴覚障がい <input type="checkbox"/> 視覚障がい <input type="checkbox"/> 音声機能・言語機能障がい <input type="checkbox"/> 知的障がい <input type="checkbox"/> 発達障がい <input type="checkbox"/> 精神障がい <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 妊産婦 <input type="checkbox"/> けが等（傷病名： ） <input type="checkbox"/> その他（ ） |

※該当する項目の□に「レ」を記入してください。

○代理申請者（代筆申請の場合を含む）

氏 名 _____ 申請者との関係 _____
住 所 _____
電話番号 _____

.....
【受付記入欄】

| 交付番号 | 種 類 | マーク・カード | 手帳等の名称 |
|-------|-------|---------|--------|
| 交付年月日 | 年 月 日 | | 交 付 者 |

※身体障がい者手帳，療育手帳，精神障がい者保健福祉手帳，受給者証，母子手帳等で確認を行う。

手帳等未取得者は，診断書等の提示は求めず，申請書にその傷病名等を記入することによる。