

兵庫県ヘルプマーク交付申請書

申請年月日	年 月 日
住 所	〒679-22 福崎町
氏 名	
申請の区分	☐ 新規 ☐ 再交付（ 破損 ・ 紛失 ）
交 付 希 望	☐ ヘルプマーク（タグ） ☐ ヘルプカード ※交付希望にチェックしてください（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（複数可） ※障害者手帳写等の添付は不要	1. 視覚障害 9. 知的障害 2. 聴覚障害 10. 精神障害 3. 音声・言語障害 11. 発達障害 4. 肢体不自由 12. 妊娠中 5. 内部障害 13. 高齢 6. 高次脳機能障害 14. 傷病（一時的傷病含む） 7. その他の身体障害 15. その他（ ） 8. 難病
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. 来庁により申請してください。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。

【申請窓口】

窓口交付	福崎町役場 健康福祉課 (内線353) 保健センター (内線360) TEL) 0790-22-0560
郵便交付	〒650-8567 神戸市中央区下山手通5-10-1 兵庫県 健康福祉部 障害福祉局 障害者支援課 社会参加支援班 FAX) 078-362-9040 / TEL) 078-362-4379 (問合わせのみ) E-mail : shogaishashien@pref.hyogo.lg.jp