

ヘルプマーク交付希望申出書

太線内をご記入ください。
ストラップ型・カード型を各1つずつ
お渡しできます。

令和 年 月 日

氏 名	(ふりがな) ふくい ふくみ		
	福井 福美		
お住まいの 市町名	福井市		
年 代	10歳未満 ・ (50) 歳代		
種 類	ストラップ型 ・ カード型		
交付希望 の理由	視覚 ・ 聴覚 ・ 肢体不自由 ・ 内部 知的 ・ 精神 ・ 発達 ・ 難病 ・ 妊娠 その他 ()		
手帳の 有無	有 ・ 無	備 考	

取扱機関 (団体名・県機関名)