様式第１号（第４条・第６条関係）

No.

ヘルプマーク（交付／再交付）申請書

石 川 県 知 事 殿

令和　　年　　月　　日

私は下記のとおり、ヘルプマークの交付・再交付を申し込みます。

申請者	フリガナ		年齢 歳
	氏名		
	住所	〒 Tel　　－　　－	
代理人	フリガナ		申請者との続柄
	氏名		
	住所	〒 Tel　　－　　－	
周囲からの援助や配慮を必要とする状態について		□ 身体障害（内部障害・肢体不自由・視覚・聴覚・ その他（　　）） □ 知的障害　□ 精神障害　□ 難病　□ 妊娠初期 □ その他 （　　）	
		周囲からの援助や配慮を必要とする理由	
備考			

※周囲からの援助や配慮を必要とすることを証する書類（障害者手帳等）がある場合は、申し込みの際にご提示ください。（代理人による申請の場合は、コピーをお持ちください。）

※この申込書に記載された個人情報は、ヘルプマークの管理に限り利用するもので、その他の目的で利用することはありません。

－－－－－－－－－－－－ここから下の欄には記入しないでください－－－－－　－－－－－

交付窓口記入欄

確認方法 確認者	＜確認書類あり＞ □身体障害者手帳　□ 療育手帳　□精神保健福祉手帳 □ 特定医療費（指定難病）受給者証　□ 母子健康手帳 □ その他（　　）
	＜確認書類なし…下記に聞き取り内容を記載＞