ヘルプカード交付申請書

申請年月日	年　　月　　日
住　　所	〒 大月市
氏　　名	
代理申請者	〒 住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿ 続柄 ＿＿＿＿＿＿
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	

申請・問い合わせ先	〒４０１－８６０１ 大月市大月二丁目６番２０号 大月市　市民生活部　福祉介護課　障害者支援担当 電話　０５５４－２３－８０３１ FAX　０５５４－２２－６４２２