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 |