

様式第1号（第4条関係）

八雲町障がい者マーク等配布事業 申出事由等確認票

この確認票は、八雲町障がい者マーク等配布事業によるヘルプマーク等の交付を受けようとする方が本事業の交付対象者であることを確認するためのものです。
太枠部分を記入してください（申出事由については任意）。

申出日	年 月 日	
利用者	氏名：	電話番号：
	住所：	
申出区分	1. 新規 2. 再交付 → 【理由】 破損・紛失・その他（ ） ※該当する区分に○を記入してください。	
希望する物	・ヘルプマーク ・ヘルプカード ※希望する物に○を記入してください。	※ヘルプマークは、原則一人一つとさせていただきます。できる限り多くの必要とされる方に配布するためですので、御了承ください。
申出事由 (障がい等の状況)	1. 視覚障害 2. 聴覚障害 3. 音声・言語機能障害 4. 肢体不自由 5. 内部障害 6. 知的障害 7. 発達障害 8. 高次脳機能障害 9. 精神障害 10. 難病 11. 妊娠初期 12. その他（ ）	
備考		

※利用者と申出者が違う場合は、備考欄に申出者名及び電話番号の情報を記入してください。

<p>※窓口記入欄</p> <p>交付窓口名： _____</p> <p>交付年月日： _____</p> <p>窓口交付の有無： 有 ・ 無 _____</p>
