

ヘルプマーク配布申込み書

ヘルプマークの配布を希望されるにあたって、下記により状況をお知らせください。

使用される方のお名前 _____

使用される方の性別 男 女
(どちらかに「○」を付けてください)

使用される方の年齢を教えてください (該当欄に「○」を付けてください)

<input type="checkbox"/> 10歳未満	<input type="checkbox"/> 10歳代	<input type="checkbox"/> 20歳代	<input type="checkbox"/> 30歳代
<input type="checkbox"/> 40歳代	<input type="checkbox"/> 50歳代	<input type="checkbox"/> 60歳代	<input type="checkbox"/> 70歳代
<input type="checkbox"/> 80歳以上			

援助を必要とする理由となる状態を教えてください
(該当するものすべてに「○」を付けてください)

<input type="checkbox"/> 視覚障がい	<input type="checkbox"/> 聴覚障がい	<input type="checkbox"/> 肢体不自由	<input type="checkbox"/> 内部障がい
<input type="checkbox"/> 知的障がい	<input type="checkbox"/> 精神障がい	<input type="checkbox"/> 発達障がい	<input type="checkbox"/> 難病
<input type="checkbox"/> 妊娠初期	<input type="checkbox"/> その他		

その他(連絡)
