ヘルプマーク　申込書

申込日　：　　年　　月　　日

利用希望者	名前	
	年齢	10代以下 ・ 20～30代 ・ 40～50代 ・ 60～70代 ・ 80代以上
	住所	福岡県
	援助や配慮を必要とする状態（該当するものに○をつけて下さい。）	1．視覚障がい　2．聴覚障がい　3．音声・言語障がい 4．盲ろう　5．肢体不自由　6．内部障がい 7．重症心身障がい　8．知的障がい　9．発達障がい 10．精神障がい　11．高次脳機能障がい　12．難病 13．妊娠　14．認知症　15．高齢者 16．その他（　　）
申込者		1．利用希望者　本人 2．代理人　（名前：　　） （利用希望者との関係：　　）
ヘルプマークを知ったきっかけ		1．テレビやラジオ、新聞、雑誌 2．知り合いからの情報 3．福岡県や市町村発行の広報誌やホームページ 4．その他（　　）

※1．申込書は利用希望者ごとに記入してください。交付は利用者1人あたり1個に限ります。

2．申込書に記載された個人情報はマークの管理に限り利用するものであり、その他の目的で利用することはありません。ただし、個人が特定されないよう統計的に処理した情報を公表することがあります。