※郵送の場合のみ必要です。

滋賀県ヘルプマーク交付申請書

|  |  |
| --- | --- |
| 申請年月日 | 年　　　　　月　　　　日 |
| 住　所 | 〒 |
| ふりがな |  |
| 氏　名 |  |
| 連絡先電話番号 |  |
| 交付希望 | ヘルプマーク　　　　ヘルプカード  ※交付を希望するものを○で囲んでください(両方可)。 |

|  |  |
| --- | --- |
| 備　考 |  |

※返信用封筒（郵便番号・住所・氏名記入）に返信用切手（１個・１枚の場合は 140 円分）を貼ったものを同封して申請してください。

※この申請書が印刷できない場合は、上記項目が分かるようにメモ等を同封してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請先 | 〒５２０－８５７７  大津市京町４丁目１番１号  滋賀県健康医療福祉部障害福祉課精神保健福祉係  ヘルプマーク担当者　宛  TEL：０７７－５２８－３５４８（問い合わせのみ）  FAX：０７７－５２８－４８５３  E－mail：ec0005@pref.shiga.lg.jp |