

様式第1号（第4条関係）

鳴門市ヘルプカード交付申請書

年 月 日

(宛先)
鳴門市長

申請者 住 所 _____
氏 名 _____ ⑩
連絡先 (_____)
交付対象者との続柄 (_____)

鳴門市ヘルプカードの交付を受けたいので、下記のとおり申請します。
交付を受けた鳴門市ヘルプカードは、第三者へ譲渡することなく適切に管理します。

| | | | | | |
|-----------------------------|----|-------------------------------------|-------|---|--|
| 交付対象者 | 住所 | 鳴門市 | 電話番号 | | |
| | 氏名 | (男・女) 歳 | 生年月日 | | |
| ※ 申請者が18未満の場合は、保護者名をご記入下さい。 | | | | | |
| 保護者 | 住所 | | 電話番号 | | |
| | 氏名 | (男・女) | 生年月日 | | |
| 該当するものに○印をつけてください | | | | | |
| 申請理由 | 1 | 身体障害者手帳の交付を受けている | (手帳番号 |) | |
| | 2 | 療育手帳の交付を受けている | (手帳番号 |) | |
| | 3 | 精神保健福祉手帳の交付を受けている | (手帳番号 |) | |
| | 4 | 自立支援医療受給者証の交付（精神通院、更生医療、育成医療）を受けている | | | |
| | 5 | 障害福祉サービス受給者証の交付を受けている | | | |
| | 6 | 障害児通所支援を利用している | | | |
| | 7 | その他 () | | | |

| | | | | |
|--------|---------------------------------|------|-----|--|
| 鳴門市記載欄 | 緊急連絡先 ①氏名 | 続柄 | 連絡先 | |
| | ②氏名 | 続柄 | 連絡先 | |
| | 医療機関名 | 主治医名 | | |
| | 支援を要する事項 | | | |
| | 交付日 (年 月 日) 交付場所 () 交付No () | | | |