

※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	〒
フリガナ	
氏名	
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	

※返信用封筒と返信用切手（1個・1枚の場合は120円分）を同封して申請してください。

※印刷ができない場合は、上記の囲みの中の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社会活動係 TEL:077-528-3542(問い合わせのみ) FAX:077-528-4853 E-mail: ec0003@pref.shiga.lg.jp
-----	---