

ヘルプマーク・ヘルプカード交付に係るアンケート (郵送用)

※ あてはまる項目に印 (☑) を付けてください。

1 すでにヘルプマーク・ヘルプカードのどちらかをお持ちですか。(お持ちでないものを配布します。)

<input type="checkbox"/> 両方持っていない	<input type="checkbox"/> ヘルプマークのみ持っている
<input type="checkbox"/> ヘルプカードのみ持っている	

2 この申込書はどなたが記入されましたか。

<input type="checkbox"/> ご本人	<input type="checkbox"/> ご家族	<input type="checkbox"/> 支援者	<input type="checkbox"/> その他 ()
------------------------------	------------------------------	------------------------------	----------------------------------

3 ヘルプマーク・ヘルプカードを使う方は何歳ですか。

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

4 ヘルプマーク・ヘルプカードを使う方の、援助や配慮を必要とする状態はどれですか。主な状態をひとつ選んでください。

<input type="checkbox"/> 視覚障害	<input type="checkbox"/> 聴覚障害	<input type="checkbox"/> 音声・言語・そしゃく障害
<input type="checkbox"/> 内部障害	<input type="checkbox"/> 肢体不自由障害	<input type="checkbox"/> 知的障害
<input type="checkbox"/> 精神障害	<input type="checkbox"/> 発達障害	<input type="checkbox"/> 高次脳機能障害
<input type="checkbox"/> 難病	<input type="checkbox"/> 妊娠初期	<input type="checkbox"/> 傷病
<input type="checkbox"/> 認知症	<input type="checkbox"/> その他 ()	

5 ヘルプマーク・ヘルプカードをどういうときに使用される予定ですか。

(複数回答可)

<input type="checkbox"/> 常に携帯する	<input type="checkbox"/> 電車やバスなど公共交通機関を利用するとき
<input type="checkbox"/> 買い物をするとき	<input type="checkbox"/> 遊びに行くとき
<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 災害時、避難所などにいるとき

申請者			
郵送先	〒	—	
連絡先	—	—	本人・その他 ()

※ 120円切手 (ヘルプマークのみお持ちの場合は84円切手) を同封してください。

※ 記載された情報は、ヘルプマーク・ヘルプカードの交付等の業務のために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。