サポートマーク申込書

令和　　年　　月　　日

山口県知事　様

　サポートマーク１個を申し込みますので、交付をお願いします。

|  |  |
| --- | --- |
| 住　　所 |  |
| 氏　　名 |  |
| 障害区分※該当に○を付けてください。 | 内部障害　　　聴覚障害　　　視覚障害肢体不自由　その他の身体障害　　知的障害　　　精神障害　　　発達障害高次脳機能障害　　　難病　　その他 |

注１）マークの交付は１人１個に限ります。

注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、その他の目的で利用することはありません。