

ヘルプマーク交付にかかるアンケート

あてはまる項目に○をつけてください。

1. 取りに来られたのはヘルプマークを使うご本人ですか？

- ・本人
- ・家族
- ・支援者
- ・その他 ()

2. ヘルプマークを使う方は何歳ですか？

- ・10歳未満
- ・10代
- ・20代
- ・30代
- ・40代
- ・50代
- ・60代
- ・70代
- ・80代以上

3. ヘルプマークを使う方の性別はどれですか？

- ・男性
- ・女性
- ・ _____

4. どこにお住まいですか？

- ・佐賀市
- ・唐津市
- ・鳥栖市
- ・多久市
- ・伊万里市
- ・武雄市
- ・鹿島市
- ・小城市
- ・嬉野市
- ・神埼市
- ・吉野ヶ里町
- ・基山町
- ・上峰町
- ・みやき町
- ・玄海町
- ・有田町
- ・大町町
- ・江北町
- ・白石町
- ・太良町
- ・県外 () ※市町までで可

5. ヘルプマークを使う方の、援助や配慮を必要とする状態はどれですか？

(主な状態を一つ選んでください。)

- ・視覚障害
- ・聴覚障害
- ・音声・言語障害
- ・内部障害
- ・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
- ・妊娠初期
- ・傷病
- ・認知症
- ・その他 ()

6. ヘルプマークをどういうときに利用されますか？(複数回答可)

- ・常に携帯する
- ・電車やバス等公共交通機関を利用するとき
- ・買い物をするとき
- ・遊びに行くとき
- ・災害時に避難所など
- ・その他 ()

7. ヘルプマーク・ヘルプカードについて、ご意見等がございましたら、ご記入ください。

妊娠初期、傷病により利用される方で、ヘルプマークが不要になった場合は、
 県障害福祉課又は最寄りの保健福祉事務所への返却に御協力ください。

※記載された情報はヘルプマーク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。