

知っていますか？ ヘルプカード



熊本市では、外見からわかりにくい障がいのある方などを対象に、ヘルプカードを配付しています。

◆ヘルプカードとは？

内部障がいや発達障がい、難病の方など、外見からわかりにくい障がいのある方などが、周囲の方に配慮や支援を必要としていることを知らせるためのカードです。

カードを提示されたり、カードを持っている方が困っていたりした時には、思いやりのある行動をお願いします。



◆どんな時に使うの？

ヘルプカードの利用は次のようなときが考えられます。

- ・日常生活の中でちょっと手助けが必要なとき
- ・道に迷ったとき
- ・パニックや発作を起こした、急な体調不良などの緊急なとき
- ・災害発生時や、避難所で過ごすとき

◆ヘルプカードを持っている方が困っていたら…

○電車やバスの車内では、席をゆずるなど思いやりのある行動をお願いします。

○困っている様子の時には、「どうしましたか」「お手伝いしましょうか」など声をかけ、できる範囲での配慮や支援をお願いします。

○緊急時は、ヘルプカードの内側に書かれている緊急連絡先や病名などを確認し、周囲の人と協力しながら必要な支援をお願いします。



◆どこでもらえるの？

熊本市障がい福祉課（ウェルパルクまもと3階）、区役所福祉課、総合出張所、熊本市障がい者相談支援センターなどに設置します。受け取りに必要な手続きはありません。ご自由にお持ち帰りください。また、熊本市のホームページに印刷用のデータを公開していますので、自分でつくることも可能です。

◆ヘルプカードの記入例

○困った時に伝えたい内容を記入してください。

○必要な項目のみ記入してください。他人に知られたくないことは記入しなくても大丈夫です。

外側 カードの外側には手伝ってほしいことを書き込むことができます。

【私が手伝ってほしいこと】 ・聴覚障がいがあるので、会話は筆談をお願いします ・災害時など緊急時は、周囲の状況を教えてください カードの持ち主が困っているときや緊急のときはカードの内側を見てください。 	あなたの支援が必要です。 ヘルプカード   熊本市 熊本市障がい者サポーター シンボルマーク
---	---

内側 カードの内側には、氏名や緊急連絡先、障がいや病気について、災害時の避難場所などを書き込むことができます。緊急時に備えて必要な項目を記入し、活用してください。

<table border="1"><tr><td>ふりがな</td><td colspan="3">くまもと じょうたろう</td></tr><tr><td>名前</td><td colspan="3">熊本 城太郎</td></tr><tr><td>生年月日</td><td>平成8年 8 月 8 日</td><td>血液型</td><td>A 型</td></tr><tr><td>住所</td><td colspan="3">熊本市中央区手取本町●一●</td></tr><tr><td>緊急連絡先</td><td colspan="3">名前(続柄等): 熊本 はな (母) 電話番号: 090-●●●●-●●●●</td></tr></table> ※必要な項目のみ記入してください	ふりがな	くまもと じょうたろう			名前	熊本 城太郎			生年月日	平成8年 8 月 8 日	血液型	A 型	住所	熊本市中央区手取本町●一●			緊急連絡先	名前(続柄等): 熊本 はな (母) 電話番号: 090-●●●●-●●●●			<table border="1"><tr><td>障がいや病気について</td><td>聴覚障がい</td></tr><tr><td>飲んでいる薬 アレルギー等</td><td>●●●● 朝・夕ごと食後に内服</td></tr><tr><td>かかりつけ 医療機関</td><td>名称 □□□□病院 電話番号 096-△△△-□□□□</td></tr><tr><td>災害時の 避難場所</td><td>●●●●小学校</td></tr></table>	障がいや病気について	聴覚障がい	飲んでいる薬 アレルギー等	●●●● 朝・夕ごと食後に内服	かかりつけ 医療機関	名称 □□□□病院 電話番号 096-△△△-□□□□	災害時の 避難場所	●●●●小学校
ふりがな	くまもと じょうたろう																												
名前	熊本 城太郎																												
生年月日	平成8年 8 月 8 日	血液型	A 型																										
住所	熊本市中央区手取本町●一●																												
緊急連絡先	名前(続柄等): 熊本 はな (母) 電話番号: 090-●●●●-●●●●																												
障がいや病気について	聴覚障がい																												
飲んでいる薬 アレルギー等	●●●● 朝・夕ごと食後に内服																												
かかりつけ 医療機関	名称 □□□□病院 電話番号 096-△△△-□□□□																												
災害時の 避難場所	●●●●小学校																												