

課長	係長	担当

## 焼津市立図書館障害者等サービス利用者登録申込書(兼郵便等貸出申込書)

申込日	年 月 日	利用者カード番号	
ふりがな		性別	1 男
氏名(登録者)			2 女
生年月日	年 月 日		
住 所	〒		
電話番号	( )		

※代理人による申込み又は図書館資料の貸出し等を希望する場合は、下欄を記入してください。

代理人氏名		登録者との続柄	
住 所	〒		
電話番号	( )		

障害者等サービスを必要とする事由(該当項目にチェックをしてください。)

確認事項	希望するサービス
<input type="checkbox"/> 障害者手帳の所持 [ ] 級 障害名 [ ]	<input type="checkbox"/> 障害者用資料の貸出し
<input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳の所持 [ ] 級	
<input type="checkbox"/> 療育手帳の所持 [ A B ]	<input type="checkbox"/> 郵送による図書館資料の貸出し
<input type="checkbox"/> 医療機関・医療従事者からの証明がある	
<input type="checkbox"/> 福祉窓口等からの障害の状態を示す文書がある	<input type="checkbox"/> 代理人による図書館資料の貸出し等
<input type="checkbox"/> 学校・教師からの障害の状態を示す文書がある	
<input type="checkbox"/> 職場からの障害の状態を示す文書がある	
<input type="checkbox"/> 学校における特別支援を受けている、または受けていた	
<input type="checkbox"/> 福祉サービスを受けている	
<input type="checkbox"/> ボランティアのサポートを受けている	
<input type="checkbox"/> 家族やヘルパーに文書類を読んでもらっている	
<input type="checkbox"/> 活字をそのままの大きさでは読めない	
<input type="checkbox"/> 活字を長時間集中して読むことができない	
<input type="checkbox"/> 目で読んでも内容が分からない、あるいは内容を記憶できない	
<input type="checkbox"/> 身体の病臥状態やまひ等により、資料を持ったりページをめくったりできない	
<input type="checkbox"/> その他、原本をそのままの形では利用できない	
<input type="checkbox"/> 病気療養中または入院中で外出できない	
<input type="checkbox"/> 高齢のため外出ができない	