

ハンディキャップサービス利用登録申込書

(新規 変更)

次のとおり、申請します。

(※太枠内のみご記入ください。)

申請年月日 年 月 日

フリガナ			
氏名			
生年月日	<small>たいしやう</small> 大正 <small>しやうわ</small> 昭和 <small>へいせい</small> 平成 <small>せいれき</small> 西暦	<small>ねん</small> 年	<small>がつ</small> 月 <small>にち</small> 日
住所	〒 —		※アパート・マンション名 部屋番号もご記入ください
電話番号		<small>ほごしや めい</small> 保護者名	※児童のみ記入

(※代理の方が申込みされる場合は、以下の太枠もご記入ください。)

フリガナ		登録者との関係
代理人氏名		
代理人住所	〒 —	代理人電話番号

私は上記の者を代理人として、白河市立図書館の利用登録を申請します。また、貸出状況などの個人情報に関することを、図書館が必要と認めた場合、代理人に開示することを了承します。

登録者署名 _____	(_____) 代筆
-------------	--------------

[図書館記入欄]

受付日	受付者

図書館利用カード						

チェック欄	希望するサービス (複数選択可)
<input type="checkbox"/>	1. 録音図書等利用
<input type="checkbox"/>	2. 対面朗読
<input type="checkbox"/>	3. マルチメディアDAISY
<input type="checkbox"/>	4. 郵送サービス
<input type="checkbox"/>	5. 宅配サービス (病院等)
<input type="checkbox"/>	6. 代理人への貸出等の委任

A. 「録音図書等利用」「対面朗読」「マルチメディアDAISY」利用登録確認項目

チェック欄	確認事項		
「各種手帳をお持ちですか？」 はい / いいえ			
<input type="checkbox"/>	身体障害者手帳の交付を受けている（	種	級）
<input type="checkbox"/>	精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている（	級	）
<input type="checkbox"/>	療育手帳（愛の手帳）の交付を受けている（	級	）
「その他、状態を示す証明書・文書などをお持ちですか？」 はい / いいえ			
<input type="checkbox"/>	医療機関・医療従事者からの証明書がある。		
<input type="checkbox"/>	福祉窓口等から障害の状態を示す文書がある。		
<input type="checkbox"/>	学校・教師から障害の状態を示す文書がある。		
<input type="checkbox"/>	職場から障害の状態を示す文書がある。		
「介護・支援などを受けられていますか？」 はい / いいえ			
<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。		
「活字を読むことができますか？」			
<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わからない、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。		
※該当するものに○			
使用可能機器	デイジー・タブレット・パソコン・CD	点字使用	可 / 否

B. 「郵送・宅配サービス」利用登録確認項目

チェック欄	来館が困難な理由
<input type="checkbox"/>	日常生活に介護を要する。
	身体障害者手帳の交付を受けている（
	種
	級）
<input type="checkbox"/>	精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている（
	級）
<input type="checkbox"/>	療育手帳（愛の手帳）の交付を受けている（
	級）
<input type="checkbox"/>	長期在宅療養している。
<input type="checkbox"/>	長期入院している。（退院予定
	年
	月頃）
<input type="checkbox"/>	その他（
	）