

別記様式第7号（第8条、第9条関係）

小平市立図書館障害者サービス利用者登録申込書（兼郵便等貸出申込書）

小平市教育委員会 殿

※太線内をご記入ください。

申込日	年 月 日	利用カード番号		
フリガナ			性別	1 男 2 女
氏名（登録者）				
生年月日	年 月 日			
住所	〒			
電話番号	()			

※ ご本人以外の方が申し込む場合は、次の太線内にも記入してください。

申請者名 (代理人・保護者)		登録者との 続柄	
住所	〒		
電話番号	()		

障害者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。）

チェック欄	確認事項
<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"/>	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。
<input type="checkbox"/>	学校における特別支援を受けている、又は受けていた。
<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わからない、又は内容を記憶できない。
<input type="checkbox"/>	^が 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。 その他原本をそのままの形では利用できない。（理由 ）

郵便等貸出しチェック欄 (郵便等貸出しの希望の有無について、○を付けてください。) ※登録の際に、身体障害者手帳の提示が必要となります。	希望する ・ 希望しない
--	--------------