

別記様式第7号(第8条、第9条関係)

小平市立図書館ハンディキャップ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				
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	()

ハンディキャップ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"/>	身体の病臥 ^が 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。)	希望する・希望しない
※登録の際に、身体障害者手帳の提示が必要となります。	