ハンディキャップサービス利用登録申込書

太枠の中のみ記入してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 該当に○１．社会人２．児童３．学生（中学生以上） |
|  |  |
|  | 大正　平成昭和　令和　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
|  | 〒 |
|  | （　　　　　　　） |  | ＊児童のみ記入 |

＊家族以外の代理の方が申し込まれる場合は、以下の太枠内も記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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、野田市立図書館の利用登録を申請します。また、貸出状況など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。

|  |
| --- |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　代筆） |

［図書館記入欄］

|  |  |
| --- | --- |
| 受付日 | 受付者 |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| 利用者番号 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| チェック欄 | 希望するサービス（複数選択可） |
| □ | １．録音図書等利用 |
| □ | ２．サピエ（個人会員登録） |
| □ | ３．対面朗読 |
| □ | ４．郵送サービス |
| □ | ５．宅送サービス |

＊１～４．のいずれかを希望する場合は

裏面、**Ａ**を記入。

５．を希望する場合は裏面、**Ｂ**を記入。

**Ａ**　「録音図書等」「サピエ」「対面朗読」「郵送サービス」利用登録確認項目

＊上から順に尋ね、いずれかに該当すれば、そこで終了。

|  |  |
| --- | --- |
| チェック欄 | 確認事項 |
| 「各種手帳をお持ちですか？」 |
| □ | 身体障害者手帳の交付を受けている（　　　　　　　　　　種　　　級） |
| □ | 精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている（　　　級） |
| □ | 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？」 |
| □ | 医療機関・医療従事者からの証明書がある。 |
| □ | 福祉窓口等から障害の状態を示す文書がある。 |
| □ | 学校・教師から障害の状態を示す文書がある。 |
| □ | 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？」 |
| □ | 学校における特別支援を受けているか受けていた。 |
| □ | 福祉サービスを受けている。 |
| □ | ボランティアのサポートを受けている。 |
| □ | 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？」 |
| □ | 活字をそのままの大きさでは読めない。 |
| □ | 活字を長時間集中して読むことができない。 |
| □ | 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。 |
| □ | 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。 |

＊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**　「宅送サービス」利用登録確認項目

＊下記のいずれかに該当するか確認。

|  |  |
| --- | --- |
| チェック欄 | 来館が困難な事由 |
| □ | 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）。精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている（　　　級）。療育手帳（愛の手帳）の交付を受けている（　　　級）。 |
| □ | 長期在宅療養している。 |
| □ | 長期入院している。 |
| □ | その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |