

年 月 日

バリアフリーサービス登録申込書

カード番号	
ふりがな	
氏名	
生年月日	西暦 年 月 日
住所1 (自宅)	(〒)
住所2 (その他)	(〒) <input type="checkbox"/> 帰省先 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> その他 ()
電話	自宅 () — 携帯 () — その他 () —
FAX	
メール	
希望連絡方法	<input type="checkbox"/> 自宅電話 <input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> その他の電話 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> メール
希望郵送先	<input type="checkbox"/> 住所1 <input type="checkbox"/> 住所2
参考事項	当館の利用にあたり、図書館に伝えたいこと、要望等がありましたらご記入ください。

※記入された個人情報は、バリアフリーサービス登録以外の目的には利用しません。

1. 手帳等所持の確認

手帳の種類	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳	[]	級
	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 聴覚障害	[]	級
	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 視覚障害	[]	級
	<input type="checkbox"/> 療育手帳	[]	級
	<input type="checkbox"/> 医療機関・福祉窓口・学校・職場等から障害の状況を示す文書あり		

(身体障害者手帳における障害の種類)

視覚、聴覚、平衡、音声、言語、咀嚼、上肢、下肢、体幹、運動一移動、心臓、腎臓、呼吸器、膀胱、直腸、小腸、免疫など(身体障害者福祉法別表による)

2. 障害の状況について

チェック欄	確認事項
	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
	目視では内容の理解が困難だが、音読では理解ができる
	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
	サピエに個人会員として登録している