

読書支援サービス利用登録申込書

		登録番号				
申請日	年	月	日			
フリガナ						
名前	姓	名				
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 西暦(年)			性別 (任意)	男 女 その他	
住所	〒(-)					
電話番号	()- -					

1. 保険証・免許証・学生証・その他()			
2. 身体障害者手帳			
①種類 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 内部 <input type="checkbox"/> その他			
②等級()			
3. 療育手帳			
①障害の程度()			
4. 精神障害者保健福祉手帳			
①等級()			
<input type="checkbox"/> 裏面記載あり			
電子図書登録	<input type="checkbox"/> 登録	<input type="checkbox"/> 不要	受付

〈個人情報の取り扱いについて〉記載していただいた個人情報は、本申請書以外には使用しません。第三者に個人情報を提供することもございません。なお、利用目的に照らして不要となった個人情報については、速やかかつ適正に削除・廃棄いたします。

別表1

視覚障害	発達障害
聴覚障害	学習障害
肢体障害	いわゆる「寝たきり」の状態
精神障害	一過性の障害
知的障害	入院患者
内部障害	その他図書館が認めた障害

別表2

※著作権法第37条第3項に基づく著作物の複製等に関するガイドラインに基づき、以下の項目のいずれかに該当する場合は、図書館の読書支援サービスの利用者として登録ができる。(本人以外の家族等代理人によるものも含む)

利用登録確認項目リスト

チェック欄	確認事項
	障害者手帳の所持 []級
	精神保健福祉手帳の所持 []級
	療育手帳(愛の手帳)の所持 []級
	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
	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

(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-上肢, 運動-移動, 心臓, 腎臓, 呼吸器, 膀胱, 直腸, 小腸, 免疫