

様式第1号

(郵送貸出・視覚障害者等用資料・対面朗読) 利用申込書

年 月 日

広島県立図書館長様

申込みを希望するものに☑し、太枠の中に記入してください。

新規 変更・更新 (※手帳の期限を更新した場合には、更新が必要です。)

次のとおり、利用を申し込みます。

利用者番号								利用者区分	<input type="checkbox"/> 郵1 <input type="checkbox"/> 郵2 <input type="checkbox"/> 郵3	送料負担	<input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復
ふりがな											
氏名											
生年月日	年			月			日				
住所	〒										
連絡先	電話 自宅 () —								優先する 連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅	
	携帯 () —									<input type="checkbox"/> 携帯	
	FAX () —									<input type="checkbox"/> FAX	
	メールアドレス										<input type="checkbox"/> メール

以下、申込みする項目(①~③)に○をして、当てはまるものに記入又は☑してください。

	区分	障害名	等級	発行者等
① () 郵送貸出	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (1級~4級)			
	<input type="checkbox"/> 戦傷病者手帳 (特別項症~第6項症)			
	<input type="checkbox"/> 療育手帳 (A又はⒶ)			判定期限 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 (1~2級)			有効期限 年 月 日
	上記以外 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳(視覚5級~) ※ 点字・録音資料の送料は無料、その他資料の送料は往復とも負担していただきます。 次の方は、送料は往復とも負担していただきます。 <input type="checkbox"/> 病気療養 <input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> 身体等の障害(上記以外) <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 病気療養、高齢又は身体等の障害の方の介護のために来館が困難			
② () 視覚障害者 等用資料	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳(視覚障害)を所持している <input type="checkbox"/> その他の障害により活字による読書が困難である ※ その他に該当する方は、裏面の「別表」に記入してください。			
③ () 対面朗読	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳(視覚障害)を所持している <input type="checkbox"/> 視覚に障害がある(障害内容)			

※ 氏名、住所、障害種別や等級等の確認のため、証明書等を提示してください。
郵便等で申込みする場合は証明書等の写しを添付してください。

代理人が申請する場合は、記入してください。

ふりがな 代理人氏名		本人との続柄
代理人連絡先	() —	<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 ()

(様式第1号 裏面)

(別表)

その他の障害により活字による読書が困難な方で、視覚障害者等用資料の利用を希望する方は、必ず記入してください。著作権法第37条第3項に該当するかの確認に必要です。

利用登録確認項目リスト

該当するものに○をして、記入してください。

チェック欄	確認事項
	身体障害者手帳の所持 [] 級 (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)
	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

図書館記入欄

受付方法	<input type="checkbox"/> 来館(本人・代理人) <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> メール
住所等確認	<input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他()
障害種別等の確認	<input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 証明書() <input type="checkbox"/> 聴取(相手方)
受付者	確認者 備考

利用希望資料	<input type="checkbox"/> 図書(文字の大きさの希望) <input type="checkbox"/> 点字 <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> カセットテープ <input type="checkbox"/> DAISY(音声・マルチメディア) <input type="checkbox"/> その他()
視覚に障害のある方への確認事項	<input type="checkbox"/> 連絡方法(連絡テープ・文書(文字の大きさ)・点字・電話) <input type="checkbox"/> 連絡日の希望(曜日, 時間帯) 曜日 時頃 <input type="checkbox"/> 声の目録案内(希望する・希望しない)
その他	他に登録機関があれば記入