

柏原市立図書館障がい者サービス利用者登録申込書

申込日	年 月 日	利用者番号							
フリガナ		生年月日	年 月 日						
氏名(登録者)		電話番号							
住所	〒								
※ 代理人が申し込まれる場合はこの項目もご記入ください。									
フリガナ		登録者との続柄							
申請者名 (代理人・保護者)		電話番号							
住所	〒								
<p>※ 利用できるサービス</p> <p>① 配送サービス ※『受付後、職員が自宅に伺い面談します。』</p> <p>② FAX による予約・問い合わせ</p> <p>③ DAISY 図書 ・プレクストーク PTN3</p> <p>④ その他「」</p>									
※ 障がい者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								
	身体障害者手帳の交付を受けている(種 級)								
	精神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)								
	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、または受けていた								
	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わからない、または内容を記憶できない								
	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:)								