

台東区立図書館利用申込兼障害者等サービス利用申込書

様式1

申込日 年 月 日

台東区立中央図書館長 殿

図書館サービス(障害者等サービス含む)を利用したいので、以下のとおり申し込みます。

ふりがな			
氏名			
生年月日	年	月	日
住所	〒 _____ 台東区		
電話番号	()	FAX番号	()
図書館HP 利用パスワード申込	<input type="checkbox"/> 要	<input type="checkbox"/> 不要	*パスワードはインターネットからの資料予約等に必要です。

ご本人と連絡がとれる方

ふりがな			
氏名			
ご本人との関係	<input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> 知人	<input type="checkbox"/> その他()
ご本人と同居・別居	<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 別居	
電話番号	()		

ご希望のサービス	<input type="checkbox"/> 対面朗読 <input type="checkbox"/> 再生機器の貸出 <input type="checkbox"/> 録音図書の貸出 <input type="checkbox"/> 点字資料の貸出 <input type="checkbox"/> 大活字資料の貸出	➡設問【ア】へ
	<input type="checkbox"/> 宅配サービス ➡設問【イ】へ	

設問【ア】

申込理由	<input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> その他()
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 有り(身体障害者手帳 級) <input type="checkbox"/> 無し
点字	<input type="checkbox"/> 読める <input type="checkbox"/> 読めない
ご自宅で再生可能な機器	<input type="checkbox"/> デジター <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> テープ

設問【イ】

対象要件	※以下の手帳や被保険者証等のコピーを添付してください。 また、その内容について図書館から担当部署に問合せする場合があります。 <input type="checkbox"/> 同意する		
	[身体障害者手帳]		
	<input type="checkbox"/> 下肢機能障害1～2級	<input type="checkbox"/> 体幹機能障害1～2級	<input type="checkbox"/> 移動機能障害1～2級
	<input type="checkbox"/> 心臓・じん臓・呼吸器・ぼうこう・直腸・小腸機能障害1・3級	<input type="checkbox"/> 免疫・肝臓機能障害1～3級	
	[介護保険の被保険者証]		
	<input type="checkbox"/> 要介護1	<input type="checkbox"/> 要介護2	<input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5

*本票は台東区立図書館サービス(障害者等サービス含む)に関するこのみに使用します。保有の必要なくなった個人情報は適正に廃棄します。

この欄は図書館が記入します。

処理欄	<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 更新	<input type="checkbox"/> 変更	確認書類
	利用者カード番号	受付者名	代筆者名	<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳
				<input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> その他()
	(備考)			