様式第１号（第３条関係）

障害者用デイジー資料利用登録申込書

八千代町立図書館長　宛

　八千代町立図書館障害者用デイジー資料の利用及び貸出しに関する要綱第３条の規定により、障害者用デイジー資料の利用登録を申し込みます。

※太枠の中をご記入ください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用カード番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | ― | 　 | 申込日 | 年　　月　　日 |
| ふりがな | 　 |
| 氏　　名(団体の場合は団体名及び代表者名） | 　 |
| 電話番号 | 　 |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 住　　所（団体の場合は所在地） | （〒　　　－　　　　　） |
| 　 |

　※保護者又は代理人が申請する場合は、下記にもご記入ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | 　 | 続　　柄 | 　 |
| 氏　　名 | 　 | 電話番号 | 　 |
| 住　　所 | （〒　　　　－　　　　　） |
| 　 |

※この申込書に記載された内容は、障害者用デイジー資料の提供サービスのためにのみ使用します。

※裏面の利用登録確認事項リストもご記入ください。

（図書館記入欄）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付 |  | 入力 | 　 |

以下の項目のいずれかに該当する場合、デイジー資料等の利用ができます。

**利用登録確認事項リスト**

|  |  |
| --- | --- |
| チェック欄 | 確認事項 |
| 　 | 身体障害者手帳の所持［　　　］級　　※注 |
| 　 | 精神障害者保健福祉手帳の所持［　　　］級 |
| 　 | 療育手帳の所持［　　　］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・教師からの障害の状態を示す文書がある |
| 　 | 職場からの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・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むことができない |
| 　 | 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 |
|  | 視覚等に障害をもつ団体 |

※注　（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

そしゃく、上肢、下肢、体幹、運動－上肢、運動－移動、心臓、腎臓

呼吸器、ぼうこう、直腸、小腸、免疫等（身体障害者福祉法別表による。）