

# 読書バリアフリーサービス 申込書

申込（届出）日	年 月 日
氏名	
貸出カード番号	

【確認項目リスト】 あてはまるものにチェックを入れてください。

チェック欄	確認項目
	身体障害者手帳の所持 [ ] 級（注）→ 1～2級 → <input type="checkbox"/> 郵送貸出を希望する
	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

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、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、免疫など（身体障害者福祉法別表による）

・申請者  本人  代理人 本人との続柄： 氏名：

## 以下職員記入欄

・サピエ図書館の個人会員登録  希望する  希望しない

メールアドレス _____	( <input type="checkbox"/> 携帯用 <input type="checkbox"/> PC用)
郵送でのお知らせ <input type="checkbox"/> 点字 <input type="checkbox"/> 普通サイズの文字 <input type="checkbox"/> 拡大文字	
郵送物送付先 <input type="checkbox"/> 現在お住まいの連絡先 <input type="checkbox"/> その他	

取扱者名
サピエ 個人会員ID