

障害者サービス利用者登録申請書

土浦市立図書館長 宛

申 請 日	年 月 日		
氏 名	代筆者()		
利用者カード番号		住所	市

障害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	
	身体障害者手帳の所持	障害の種類 []
		[]級
	精神保健福祉手帳の所持 []級	
	療育手帳(愛の手帳等)の所持 []級	
	医療機関・医療従事者からの証明書がある	
	福祉窓口等からの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 ・ 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	

ご利用になりたいサービスに○を付けてください

	サービス名	内 容
	対面朗読サービス	ご希望の図書をボランティアが朗読します
	郵送サービス	図書館の図書・雑誌を郵送で貸出します(要登録)
	サピエ図書館の利用	データをダウンロードし、点字・録音図書を作成して貸出します
	読書支援機器の利用	音声拡大読書器, デイジー再生機, 読み上げソフト内蔵 PC を館内で利用できます