

障がい者サービス利用登録用紙

申請日： 年 月 日

利用者番号		氏名	
-------	--	----	--

以下は図書館職員が「視覚障害その他の障害により視覚による表現の認識が困難な方」を判断するための目安です。**項目のいずれかに該当する場合は、図書館の障害者サービスの利用者として登録ができます**（「図書館の障害者サービスにおける著作権法第37条第3項に基づく著作物の複製等に関するガイドライン」より）。

本人以外の家族等代理人による登録も可能です。

当てはまる項目にチェックを入れ、大平図書館1階カウンターにご提出ください。
また、手帳・証明書等をお持ちの方は、用紙提出時に合わせてご提示ください。

視覚障害その他の障害により視覚による表現の認識が困難な方

<input type="checkbox"/>	身体障害者手帳の所持（注）		手帳・文書 スタッフ確認欄
<input type="checkbox"/>	精神障害者保健福祉手帳の所持	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	療育手帳の所持	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	医療機関・医療従事者からの証明書がある	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	福祉窓口等から障害の状態を示す文書がある	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	学校・教師から障害の状態を示す文書がある	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	職場から障害の状態を示す文書がある	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	学校における特別支援を受けているか受けていた	※ 視覚障害者手帳1・2級をお持ちの方は、 無料の郵送サービス をご利用いただけます。	
<input type="checkbox"/>	福祉サービスを受けている		
<input type="checkbox"/>	ボランティアのサポートを受けている		
<input type="checkbox"/>	家族やヘルパーに文書類を読んでもらっている		
<input type="checkbox"/>	活字をそのままの大きさでは読めない		
<input type="checkbox"/>	活字を長時間集中して読むことができない		
<input type="checkbox"/>	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		
<input type="checkbox"/>	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		
<input type="checkbox"/>	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,

受付	
登録	

