

年 月 日

バリアフリーサービス登録申請書

貸出券番号	お持ちの場合ご記入ください
ふりがな	
氏 名	
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日
電話番号	
FAX番号	
メールアドレス	
住 所	〒
区 分	<input type="checkbox"/> 在住 <input type="checkbox"/> 在学(学校名) <input type="checkbox"/> 在勤(勤務先名)
申請者名(代理人)	
登録者との続柄	
サービスを必要とする事由	<input type="checkbox"/> 視覚障害者手帳所持 <input type="checkbox"/> その他 (裏面の該当する項目に○をつけてください。)

利用登録確認項目リスト

チェック欄	確認事項
	身体障害者手帳の所持 []級(注)
	精神保健福祉手帳の所持 []級
	療育手帳(愛の手帳)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)