

ハンディキャップサービス利用登録(新規・変更・更新)申請書

葛飾区立 図書館長あて

受付日 年 月 日
受付館 図書館

利用者	0 9	生 年 月 日	大 昭 平	年 月 日
	ふりがな	在 学 校、入 所 施 設、入 院 病 院 等 の 名 称 と 電 話 番 号		
	氏 名	受 付 日 現 在	歳	
	住 所	〒 丁目 番 号		
電 話 FAX	電 話	FAX		
代理人	氏 名	住 所		
	電 話	(本人との関係)		

・ご記入いただいた個人情報は、ハンディキャップサービス以外の目的には使用いたしません。

ここから下は、職員が記入します。資料の提示・聞き取り等にご協力願います。			
資格確認	<input type="checkbox"/> 障害者手帳等をお持ちの方。裏面A欄C欄を確認		
	<input type="checkbox"/> 手帳をお持ちでない方。裏面B欄C欄を確認		
	<input type="checkbox"/> 介護保険認定証(要介護)・医療証等をお持ちの方。裏面B欄D欄を確認		
	<input type="checkbox"/> 高齢HS 75歳以上の高齢者で図書館利用に支障のある方		
	<input type="checkbox"/> その他館長の認める者()		
サ 利 用 ビ ス	<input type="checkbox"/> HS貸出し	<input type="checkbox"/> 対面朗読	
	<input type="checkbox"/> 郵送利用 障害者手帳(視覚)のみ	<input type="checkbox"/> 録音図書提供	
	<input type="checkbox"/> 宅配 郵便利用対象者を除く	<input type="checkbox"/> その他サービス	
処 理	<input type="checkbox"/> ハンディキャップ登録 ⇒ 登録処理日(年 月 日)		
備 考	※ 伝達方法	点字(TE)	
	墨字(SU)	音訳	
	Pt.	Daisy (DA)	テープ (TA)

地区館は、受付・確認印を押印後、担当館へ送付する。(担当館で保管)