帯広市図書館障害者サービス利用者登録申込書

帯広市教育委員会宛

帯広市図書館障害者サービスの登録を申し込みます。

申込日	年　月　日	利用者番号	0	1	9	0						

フリガナ			生年月日
氏　名			年　月　日生
住　所	〒 帯広市		
連絡先 （ご希望の連絡方法にチェック）	☐ 電話	ー	☐ FAX　ー
	☐ 携帯	ー　ー	
	☐ メールアドレス	@	

※　同居者・代理者の有無　　有 ☐ ・ 無 ☐

※　デイジー図書等の貸出履歴の保存　　承認する☐　　承認しない☐

※　**貸し出しの際、持ち込みのUSBメモリ・SDカードへのデータ書き込みには対応いたしますが、書き込む前に一度初期化いたしますので、ご了承願います。**

1．身体障害者手帳

①　種類　【 視覚 ☐　聴覚 ☐　肢体 ☐　内部 ☐　その他 ☐ 】

②　等級　【　　】

③　障害の病名　【　　】

2．療育手帳　障害の程度　【　　】

3．精神障害者保健福祉手帳　障害の程度　【　　】

4．介護保険被保険者証　介護の程度　【　　】

5．その他受給者証　【　　】

6．手帳等番号　【　　】

7．有効期限　年　月　日

※　手帳等更新後の担当部署への照会　　承認する☐　　承認しない☐

8．その他　【　　】

※代理人（視覚障害1・2級以外の方で代理人がいる場合は、来館貸出のみとなります）

フリガナ		続柄	1.家族・親族　2.友人・知人　3.ﾎｰﾑﾍﾙﾊﾟｰ・介護ｽﾀｯﾌ 4.その他（　　）
代理人氏名			
電話番号	0.なし　1.自宅　2.携帯　3.会社　4.呼出　5.その他	（　　）	
代理人住所	〒		

※図書館記入欄

郵送貸出　（ 可・不可 ）	宅配貸出　（ 可・不可 ）	デイジー図書貸出　（ 可・不可 ）
添付書類	1. 身体障害者手帳写　2. 療育手帳写　3. 精神障害者保健福祉手帳写 4. 介護保険被保険者証写　5. その他写【　　】	

手　帳　等　の　確　認

・　・	・　・	・　・	・　・	・　・	・　・	・　・
確認者	確認者	確認者	確認者	確認者	確認者	確認者

※偽りその他不正の手段により利用登録を受けた場合は、その登録を取り消す場合があります。