

ユニバーサル・サービス登録票

明石市立図書館
(FAX:078-913-6071)

フリガナ		利用者 ID	受付者
氏名		申請日	年 月 日
		電話番号	()
住所	〒	生年月日	西暦・大正・昭和・平成 年 月 日
手帳番号 _____			
1. 身体障害者手帳 ①種類 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 内部 <input type="checkbox"/> その他 ②等級 ()			
2. 療育手帳 ①障害の程度 ()			
3. 精神障害者保健福祉手帳 ①等級 ()			
<input type="checkbox"/> 裏面記入あり			
備考			
電子図書館（点字）登録	<input type="checkbox"/> 登録	<input type="checkbox"/> 不要	受付 登録

利用登録確認項目リスト

チェック欄	確認事項
	障害者手帳の所持 [] 級
	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

（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