

ユニバーサル・サービス登録票

明石市立図書館
(FAX:078-913-6071)

| | | | | |
|--|--|-----------------------------|-------------------------|-------------|
| 利用者番号 | | 登録館 | 市民 ・ 西部 | |
| フリガナ | | 新規カード発行・ユニバのみ申込 | | 受付者 チェック |
| 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・令和 年 月 日 | |
| 手帳番号 _____ | | | | |
| 1. 身体障害者手帳 等級 () 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. 療育手帳 障害の程度 () | | | | |
| 3. 精神障害者保健福祉手帳 等級 () | | | | |
| 4. 母子手帳 出産予定日 () | | | | |
| <input type="checkbox"/> 裏面記入あり | | | | |
| 上記以外の証明書 学・健・免・住基・他 () | | | | |
| 利用者カード 新規・更新・紛失・住所変更・PW・他 () | | | | |
| 電子図書館サービス登録 (登録の方は点字版と通常版どちらかに○) | <input type="checkbox"/> 登録 (点字版・通常版) | <input type="checkbox"/> 不要 | 登録 チェック | |
| 点字資料の郵送貸出登録 (視覚障害1級・2級対象) | <input type="checkbox"/> 登録 | <input type="checkbox"/> 不要 | 登録 チェック | |

太枠内のみご記入ください

利用登録確認項目リスト

| チェック欄 | 確認事項 |
|-------|-------------------------------------|
| | 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、資料を持ったリ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(種類については身体障害者福祉法別表による)