視覚障がい者等サービス利用申込書

様式第１号

申込日　令和　　　年　　　　月　　　　日

北斗市立図書館長　様

視覚障がい者等サービスの利用を以下のとおり申し込みます。

※太枠内を記入してください。

（本人）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者番号 |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |
| フリガナ  氏　　名 |  | | | | | | | | | |
| サピエ図書館個人会員 | 希望する | | | | | 希望しない | | | | |

※サピエ図書館個人会員に登録することでご自宅からサピエ図書館の資料をダウンロードできます。

※個人会員への登録は、北斗市に住民票を有する方に限ります。

（代理人または連絡協力者）　※代理人または連絡協力者がいる場合は下記欄もご記入ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ  氏　　名 |  | 登録者との関係 |  |
| 住所 |  | | |
| 電話番号 |  | | |
| メールアドレス |  | | |

●サピエ図書館個人会員登録をご希望される場合は、以下の欄にご記入ください。

申込条件

1. サービスの利用に必要な機器を備え、インターネットに接続できる環境があること
2. 北斗市から転出した場合、本サービスの利用を中止すること
3. 特定非営利活動法人全国視覚障害者情報提供施設協会へのオンライン登録に必要な個人情報

（氏名、住所、電話番号、ファックス番号、生年月日、電子メールアドレス）の提供に同意すること

上記のとおり、申込条件および特定非営利活動法人全国視覚障害者情報提供施設協会のサピエ図書館利用規約（個人会員）に同意のうえ、会員登録を申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| ※個人会員登録を希望する場合は、以下の欄もご記入ください。 | |
| メールアドレス |  |
| サピエからの  郵送連絡時の希望 | □普通のサイズの文字　　　　□拡大文字　　　　□点字 |

**利用登録確認リスト**

以下の確認リストの中で該当するものに〇をしてご記入ください。

また、そのことを証明できる書類の写しを提出してください。

書類の提出が難しい場合は、図書館までご相談ください。

（著作権法第３７条第３項に該当するか確認するために必要となります。）

|  |  |
| --- | --- |
| チェック欄 | 確認事項 |
|  | 身体障害者手帳の所持　【　　　】級  （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　）　※該当する障害の種類に〇をお願いします。 |
|  | 精神障害者保健福祉手帳の所持　【　　　】級 | |
|  | 療育手帳の所持 | |
|  | 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わからない、あるいは内容を記憶できないが、音声による理解はできる | |
|  | 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利用できない | |

●注意事項

　 本サービスは、視覚障害者等向けのサービスです。サービスの要件となる事項について、変更が

　　あった時は、速やかに北斗市立図書館までお申し出ください。

※以下、図書館記入欄

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付日 |  | 受付者 |  | |
| 障害種別等  確認方法 | * 手帳　　　□ 証明書 * その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| サピエ個人会員登録手続き | | | | |
| 申込日 |  | 登録完了日 |  | ユーザーID  （　　　　　　　　　　　） |