**島根県立図書館　来館困難者のための郵送等貸出サービス利用登録申込書**

**申請日　　　年　　　月　　　日**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **本　人** | **フリガナ** |  | **図書貸出カード番号** |
| **氏名** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **連絡先電話番号** |  |

**代理人が申請する場合は、以下をご記入ください。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **代　理　人** | **フリガナ** |  |
| **氏名** |  |
| **現住所** | **〒** |
| **連絡先電話番号** |  |
| **メールアドレス** |  |
| **登録者との関係** | **□親類　　□知人　　□福祉サービス等支援者　　□その他** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **登録要件の確認****該当するものに〇をつけてください。** |  | **身体障害者手帳の交付を受けている** |
|  | **療育手帳の交付を受けている** |
|  | **精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている** |
|  | **満年齢75歳以上であり、最寄りの図書館への来館が困難である** |
|  | **その他　具体的にご記入ください****（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** |

**なお、お申し込みの際は、上記の登録要件を確認できる書類の写しを添付してください。**

**職員記入欄**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **受付日** |  | **受付者** |  | 利用者コード貼付 |
| **適用** |
| **□ 心身障害者用ゆうメール（身体障害者手帳1～4級、療育手帳A）** |
| **□ 特定録音物等郵便物（身体障害者手帳　視覚障害1～2級）** |
| **□ 点字郵便物・点字ゆうパック（身体障害者手帳　視覚障害1～6級）** |
| **□ 聴覚障害者用ゆうパック（身体障害者手帳　聴覚障害1～4級）** |
| **備考：** |