

沖縄県立図書館 来館困難者資料郵送サービス 利用登録申込書

沖縄県立図書館長 様 申請日 年 月 日

ふりがな	連絡先(連絡が付きやすい方法をお願いします。)	
なまえ 名前	でんわ 電話	☎
けんりつ 県立図書館利用 しゃカード 番号	メール アドレス	

手帳の所持(当てはまるところに○をつけてください)		有効期限があれば記載
郵便割引あり	身体障害者手帳	(1級・2級)
郵便割引あり	療育手帳	(A1・A2)
	精神保健福祉手帳	(1級・2級) 年 月 日有効
	介護保険被保険者証	(要介護4・要介護5) 年 月 日有効
	その他()	

本の郵送先は利用者登録の住所です。入院や入所で一時的にお届け先が変わる方のみご記入ください。

お届け住所希望先	〒 -
	電話番号() -

県立図書館より、病院や、施設にお届けに関する事前調整のためお電話をいたします。

代理人申請

※申請書の記入が出来ない方、来館困難な方が代理人申請が可能です。(図書館に来る時間がないなどの理由は不可です。)

代理人(利用者に代わって登録をされる方)が申請する場合記入してください。

ふりがな		
しめい 氏名		
じゅうしょ 住所	〒 -	
でんわ 電話番号	登録者との関係	親類・知人・福祉サービス等支援者・その他
だいにん 代理人申 請の理由	①療養中(自宅 実家等) ②入院・入所(施設名:) ③その他()	

上記の者に申請を
委任します。

委任者氏名 _____
※サービス利用希望の方のご署名をお願いいたします。

※手帳等のコピーを必ず添付してください。

受付者		受付日	
-----	--	-----	--

この郵送サービスを利用できる方は下記のいずれかに当てはまる方です。

肢体不自由(両肢体、体幹、移動機能)1級・2級

内部機能障害(心臓、腎臓、呼吸器、ぼうこう、直腸、小腸)1・3級

内部機能障害(免疫、肝臓)1級から3級

精神障害者保健福祉手帳 1級・2級

要介護4・5の方

療育手帳の交付を受けている者でA1、A2の方

その他館長が特に必要と認める方

以下職員記入欄

郵便局からの割引サービスの有無

<input type="checkbox"/>	心身障害者用ゆうメール(障害者手帳1級・2級、内臓機能障害は3級含む、重度知的障害者療育手帳A1・A2)
<input type="checkbox"/>	点字ゆうパック(点字図書の郵送)
<input type="checkbox"/>	特定録音物等郵便物(デージー図書等の郵送 視覚障害のみ)

心身障害者用ゆうメールは図書の形態のみ