

石狩市民図書館宅配サービス「心身障がい者用ゆうメール」利用申請書

太枠内のみ記入してください

申込年月日	年 月 日	利用者 コード	8	0	0	0									
氏名	(ふりがな)														
住所	(〒 -)														
連絡先	(電 話)														
	(メール)														
代理申請者 (ご家族)	(続柄)														
障がいの内容	等級	種類 (該当箇所をチェックしてください)													
		心臓	腎臓	呼吸器	直腸	小腸	両下肢	大幹	運動機能	ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能				知的	聴覚
備考															
受付館	01 本館	03 花川南分館	04 八幡分館	05 厚田分館	06 浜益分館										

<注意事項>

- 本申請は、図書館と重度の障がいのある方との間で発受される宅配料金の割引に必要なものです。確認のため、かしだしカウンターで障がい者手帳をご提示ください。
- 宅配料金は、利用者負担となりますのでご了承ください。
- 申請内容に変更が生じた場合は、速やかにご連絡ください。
- 対象となる障がいの範囲は、職員までお尋ねください。
- 本申請で得られた個人情報、適正かつ厳重に管理し、利用目的以外には使用いたしません。