

隠岐の島町図書館資料宅配サービス利用登録申請書 (兼図書館利用者カード登録申込書)

年 月 日

隠岐の島町教育委員会教育長 様

下記の太枠内の項目をご記入ください。代理人がいる場合は、併せてご記入ください。

申請者	ふりがな			生年月日
	氏名			年 月 日
	住所 (本の宅配先)	〒685- 隠岐郡隠岐の島町		
	連絡先 右記を2つ以上 ご記入ください	電話番号① ()	—	
		電話番号② ()	—	
		ファックス ()	—	
	メールアドレス:			
登録要件 図書館へ来館が 困難な理由とし て該当するもの に○をご記入く ださい	①	遠隔地に住んでいる		
	②	満65歳以上である		
	③	介護保険法に基づく要介護認定を受けている		
	④	身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳のいずれかの交付を受けている		
	⑤	病気やけがで1月以上療養を必要としている		
	⑥	③～⑤に該当している方を介護している		
代理人	ふりがな			本人との続柄
	氏名			
	連絡先 右記を1つ以上 ご記入ください	自宅電話 ()	—	
	携帯電話 ()	—		
	ファックス ()	—		

【留意事項】

- ・上記の登録要件を証明する書類を添付し、隠岐の島町図書館へ提出してください。
- ・登録要件を証明する書類がない方で、情報収集に係る下記の内容に同意する場合は□にチェックを記入してください。
- 申請決定のため必要な範囲内において、わたし(申請者)に関する情報を、隠岐の島町、隠岐の島町地域包括支援センターから収集することに同意します