

# 糸満市立中央図書館宅配サービス利用申請書

申込日 年 月 日

次のとおり、宅配サービスの利用を申請致します。

フリガナ			
氏名			性別 男 ・ 女
住所	〒		
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和	年	月 日
電話番号	自宅		
	携帯		
利用区分	身体障がい者・介護保険（要介護）・医療的ケア児・その他		
代理 記入者	※申込者に代わり、この申込書を記入した場合のみ記入して下さい。 申込者との関係（ ） 代理人の氏名（ ）		
利用者 カード	持っている・持っていない	利用者 コード	

## 《注意事項》

- ①このサービスは、糸満市内在住の方で、障がいや高齢などにより図書館への来館や移動図書館の利用が困難な方を対象に、ご自宅まで直接資料を宅配するものです。
- ②障がいの内容や介護保険の受給の有無を確認するため、後日職員が訪問いたします。  
その際に本用紙の提出と、障がい者手帳や被保険者証等の証明書の提示をお願い致します。
- ③記入内容に変更が生じた場合は、すみやかに図書館までご連絡ください。

※この申込みで得た個人情報については、適正かつ厳重に管理を行い、利用目的以外には使用致しません。

受付担当