

宅配貸出サービス **無料**

病気やけが、障害などで、お近くの図書館に行けない方に、本やCDなどを、
ご自宅や病院までお送りします。来館できる方はご利用いただけません。

貸出期間 (郵送期間を含む) **30** 日間 (延長は不可)

貸出点数 **5** 点 送料 **往復無料**



宅配貸出サービス



紹介動画

ご利用いただける方

高知県内に住んでいる方で、病気・けが・障害のため、図書館(市町村立図書館も含む)に**来ることが困難**な方で、次の(1)～(3)のどれかに当てはまる方。

(1) 次の表に当てはまる手帳をお持ちの方

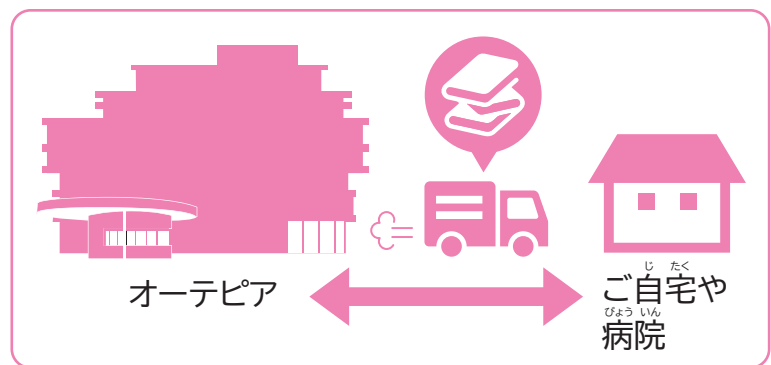
障害の内容	身体障害者手帳	戦傷病者手帳
視覚、両下肢、 体幹、移動機能	1・2級	特別項症～ 第2項症
心臓、じん臓、 呼吸器、ぼうこう、 直腸、小腸	1・3級	特別項症～ 第3項症
免疫、肝臓	1～3級	—
知的	療育手帳の障害の程度の 記載欄に「A」と表示されて いる方	

ために
相談して
みようかな



(2) 介護保険被保険者証の要介護状態区分が要介護3～5の方
(3) その他、県立図書館長が適当であると認める方

裏面の申込書で
お申し込みください



オーテピア高知図書館
高知県立図書館 / 高知市民図書館本館
Kochi Prefectural Library and Kochi Municipal Library

〒780-0842 高知市追手筋2-1-1 (バリアフリーサービス担当)
TEL:088-823-4946 FAX:088-823-9352
メール:toiawase@library.kochi.jp
ウェブ・サイト:https://otepia.kochi.jp/library

別記

第1号様式（第3条関係）

オーテピア高知図書館・高知市民図書館分館分室 共通利用カード申込書
(宅配貸出サービス用)

高知県立図書館長 様

年 月 日

宅配貸出サービスを利用したいので、次のとおり申し込みます。
なお、高知県立図書館と高知市立市民図書館による当サービスの共同実施に伴い、この申込内容及び利用に関する情報を、両館共通の利用者情報として取り扱うことに同意します。
また、高知声と点字の図書館に利用登録をした場合は、この申込内容及び利用に関する情報を、高知声と点字の図書館と共通の利用者情報として取り扱うことに同意します。

フリガナ 氏 名		性別 (任意)	男 ・ 女 その他
住 所	〒		
資料宅配先 (住所と異なる場合に記入)	・住所と宅配先とが異なる理由 () 〒		
優先連絡先 1	(電話・FAX・電子メール)		
優先連絡先 2	(電話・FAX・電子メール)		
生年月日	年 月 日生		
手帳等の番号			
障害の内容等 (該当する項目にチェックのう え、該当する障害・要 介護状態に○を入 れてください。)	☐ 身体障害者手帳【視覚】の交付を受けている。(1級～2級)		
	☐ 身体障害者手帳の交付を受けている。 【両下肢、体幹、移動機能】(1級～2級) 【心臓、じん臓、呼吸器、ぼうこう、直腸、小腸】(1級・3級) 【免疫、肝臓】(1級～3級)		
	☐ 戦傷病者手帳の交付を受けている。 【両下肢、体幹、移動機能】(特別項症～第2項症) 【心臓、じん臓、呼吸器、ぼうこう、直腸、小腸、肝臓】 (特別項症～第3項症)		
	☐ 介護保険被保険者証の交付を受けている。(要介護状態「3・4・5」)		
	☐ 療育手帳の交付を受けている。(程度「A」)		
	☐ その他来館困難な理由がある。 (具体的に記入してください。)		
※ 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ください。 申込者との関係 () 氏名 ()		

- (注意事項)
- 1 障害の内容等を確認するために、「手帳の写し」などが必要です。
- 2 記入内容に変更を生じた場合は、速やかに連絡してください。
- ※ この申込書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しません。

受付方法	☐ 電話 ☐ 郵送 ☐ ファックス ☐ 電子メール ☐ その他 ()		
利用者番号		受付者	