

障害者サービス 利用者確認書類

利用者番号 0- _____ 利用者名 _____
 (代理人) _____

1 手帳等所持の確認	当てはまる項目に ○をつけてください
障害者手帳の所持 視覚・上肢・その他() []級	ある ・ ない
精神障害者保健福祉手帳の所持 []級	ある ・ ない
療育手帳の所持 []級	ある ・ ない
医療機関・福祉窓口・学校・職場等から障害の状況を示す文書がある	ある ・ ない

2 障害の状況について	当てはまる項目に ○をつけてください
視覚障害等の理由により活字が見えない	
活字をそのままの大きさでは読めない	
活字を長時間集中して読むことができない	
目視では内容の理解が困難だが、音読では理解ができる	
身体の病臥状態やまひ等により、資料を持ったりページをめくったりできない	
その他、原本をそのままの形では利用できない	

3 サピエ個人会員の登録有無	当てはまる項目に ○をつけてください。
サピエに個人会員として登録している	はい ・ いいえ
【前項に「はい」と回答した方のみ】 「利用施設・団体」をどこの施設に設定していますか？	1. 新潟県視覚障害者情報センター 2. その他 (施設名:)

確認者	登録者	備考