

品川区視覚障害者遠隔サポートシステム利用申請書

年 月 日

品川区長 あて

私は、品川区視覚障害者遠隔サポートシステム利用について申請します。

申請者	住 所					
	フリガナ					
	氏 名					
	電話番号		FAX (任意)			
	E-mail				続柄	

※申請者と同じ項目は□に✓（チェック）を入れてください。

利用者	住所	申請者と同じ□				
	フリガナ	申請者と同じ□				
	氏名	申請者と同じ□				
	生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)		電話番号	申請者と同じ□	
	E-mail	申請者と同じ□		FAX (任意)	申請者と同じ□	
	障害名	視覚障害	障 害 等 級	級		
緊急 連絡先	氏名	申請者と同じ□	続柄	申請者と同じ□	電話番号	申請者と同じ□

※利用を認められた場合にユーザーIDとパスワードを記載した決定通知書を交付します。

同 意 書

- 品川区視覚障害者遠隔サポートシステム事業運営要綱および視覚障害者遠隔サポートシステム利用規約の内容について同意します。
- 品川区視覚障害者遠隔サポートシステムの利用にあたり、品川区が障害者手帳および住民登録の情報を照会することについて同意します。
- 当該システムの申請者の情報、利用者の情報その他提出された書類に含まれる情報を品川区と委託事業者で共有することについて同意します。

年 月 日 利用者氏名

※利用申し込みに必要な情報を記入していただき、品川区障害者支援課へご提出ください。
 その際、視覚障害者であることを証明する身体障害者手帳を提示またはコピーを添付してください。