**申込ご本人様用**

東京都障害者向けスマートフォン活用支援プログラム申込書

**下記に必要事項を記入し、03-5249-3558 へ FAXをお送りください**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **対象プログラム初回日時** | **令和　　年　　月　　日　　　時から** | | | | |
| **プログラム種別** | **視覚 ・ 聴覚**いずれかに〇をつけてください  ※ご希望のプログラムの内容は必ずご確認ください | | | | |
| **会場** |  | | | | |
| **姓名（カナ）** | 姓（カナ） | | 名（カナ） | |
| **ご年代（例:60代等）** | **代** | | | |
| **電話番号** |  | | | | |
| **FAX**（お持ちの方） |  | | | | |
| **抽選結果のご連絡方法** | TEL　・　FAX　・　郵送（聴覚の方のみ）  　　　　　　　　　　いずれかに○をつけてください | | | | |
| **［教材］発送場所** | **〒（ ）ー（　　　　　）**  **東京都** | | | | |
| **スマートフォンの保有状況** | **保有している ・ 保有していない**  いずれかに〇をつけてください | | | | |
| **スマートフォンの機種**  （わかる範囲で） | **iPhone ・ Android ・ その他（らくらくホン等）**  いずれかに〇をつけてください※複数回答可 | | | | |
| **介助者の同伴の有無** | **有り・無し** | 補助犬（聴導・盲導）同伴の有無 | | **有り・無し** | |
| その他の障害等、会場でのサポートは必要ですか? | サポートの内容：  はい　・　いいえ | | | | |

**希望する ・ 希望しない**

**試用スマートフォンの貸出希望**

ご希望される方は、希望するに「◯」をしてください。試用をご希望される場合、当日本人確認書類の

提示が必要です。お持ち頂きただける本人確認書類を一覧から選び、「◯」をしてください。

1.運転免許証・運転経歴証明書

3.障害者手帳等

5.パスポート

2.マイナンバーカード

4.住民基本台帳カード

※こちらの用紙に必要事項をご記入の上、FAXにて送信をお願いします

【問合せ先】 東京都アクセシビリティ向上支援事業コールセンター

電話: 03-6386-5470　　平日9時～17時

FAX: 03-5249-3558

※種別が視覚の場合はお電話または郵送・FAX(5日前まで)、

聴覚の場合は郵送またはFAX・お電話(5日前必着)で当落をお知らせします。