

鳥取県福祉保健部ささえあい福祉局障がい福祉課社会参加推進室情報アクセス担当 行
ファクシミリ:0857-26-8136 電子メール:shougaifukushi@pref.tottori.lg.jp

鳥取県視覚障がい者遠隔サポートシステム 利用申込書

以下のとおり、利用を申し込みます。

氏名			
住所			
連絡先（電話番号）			
生年月日			
身体障害者手帳情報	都道府県 第		号
	昭和・平成・令和 年 月 日 交付		
障がい名	視覚障がい	障がい等級	級

以下、個人情報の取り扱いについて、確認欄にチェックをお願いします。

確認欄	内容
<input type="checkbox"/>	今回の申請にあたり、身体障害者手帳の交付状況等について、県が関連市町村に対し照会を行い、当該市町村から情報提供を受けることに同意します。
<input type="checkbox"/>	当該システムの申込者の情報、利用者の情報、その他県に提出された書類に含まれる情報については、県及び県から業務委託を行う株式会社プライムアシスタンスが共有することに同意します。

利用対象者と認められた場合、県からシステム利用に必要な地域コードを発行します。

※利用申込みに必要な情報をご記入いただき、下記の連絡先までご提出ください。

[提出先] 〒680-8570 鳥取市東町一丁目 220 (郵送・ファクシミリ・電子メールのいずれも可)

鳥取県福祉保健部ささえあい福祉局障がい福祉課社会参加推進室情報アクセス担当

電話：0857-26-7201、ファクシミリ：0857-26-8136

電子メール：shougaifukushi@pref.tottori.lg.jp