**バリアフリー施設登録申請書**

年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施設・店舗等名称 |  | | |
| 所在地 | 〒 | | |
| 代表者名 |  | | |
| 電話番号 |  | | |
| E-mailアドレス |  | ﾌｧｯｸｽ番号 |  |
| 担当者名 |  | | |

下記のとおりバリアフリー施設の登録を申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項　目 | 登録要件 | ○を付けてください |
| 車椅子対応 | ①　出入口などに車いす利用者の支障となる段差がない  ②　出入口などが自動ドア又は、車いす利用者が円滑に通過できる構造である  ③　必要箇所に車いす利用者が安全利用できるエレベーターを設置  ④　車いす利用者が円滑に利用できる構造のトイレを１つ以上設置  　　　　※１～４すべてを備えていることが必要です。 |  |
| オストメイト  対応 | ①　オストメイト対応トイレを設置  （排泄物の処理、ストーマ装置の交換、ストーマ周辺皮膚の清拭等  　ができる設備がある） |  |
| コミュニケーション可能 | (1)　コミュニケーションボードを設置し、対応が可能 |  |
| (2)　メニュー等に点字表示がある |  |
|  | (3)　音声読み上げ装置を設置している |  |
|  | (4)　従業員等に手話奉仕員の認定証を持っている者がいる |  |
|  | (5)　耳マークを表示している（筆談に対応する） |  |

　　　　　問い合わせ　登録申込先

宇部市　健康福祉部　障害福祉課

住所：755-8601 宇部市常盤町一丁目７番１号

電話番号：０８３６－３４－８３４２

ﾌｧｯｸｽ番号：０８３６－２２－６０５２

E-mail：syou-fuku@city.ube.yamaguchi.jp