

「ペンでタッチすると読める音声付教科書」は、障害により読むことに困難をもつ児童生徒を対象に、著作権法第37条および教科書バリアフリー法に基づいて製作されています。現在、光村図書出版および東京書籍の小学1年～6年・中学1年～3年および三省堂中学1年用国語教科書を作成しています。

音声付教科書の使用を希望する方は、以下の申請書にご記入の上、ご返信ください。

障害のため通常の教科書を読むことが困難な児童生徒の方のみ使用していただけます。学校等施設の共用品としては提供できません。

* 個人情報の取り扱いについて

音声付教科書使用申請のために提供された個人情報は、厳重な管理のもと、以下の目的のために使用し、それ以外の目的には使用しません。

- ・ 障害のある児童及び生徒のための教科用特定図書等の普及の促進等に関する法律に基づき、文部科学省から求めがあった際に、音声付教科書を提供した児童生徒が所属する学校名、学年、教科、出版者名の報告
- ・ 音声付教科書提供サービスの運営管理
- ・ 音声付教科書使用者への活用状況等に関するアンケート配布および集計

☆ 得られた情報やアンケートの結果は、個人を特定されない形で、障害者支援・研究、音声付教科書普及活動目的で使用する場合があります。

令和元年度 「ペンでタッチすると読める音声付教科書」 使用申請書

1. 教科書の使用を希望する方についてご記入ください。

氏名：

ふりがな：

所属学校名：

学年：

2. 使用を希望する方の読みの困難さについてお答えください。

(1) 教科書や書籍を読む際に、どのような困難がありますか。当てはまる項目すべての()に○を入れてください。

() 逐次読みになってしまう

() 勝手読みをしてしまう

- 単語の切れ目がわからない・わかりにくい
- 特殊音節が読めない・読むのが苦手
- ひらがなが読めない
- 漢字が読めない
- 文字を長時間集中して読めない
- 読んでも内容がわからない・記憶できない
- その他

(具体的に：)

(2) 読みの困難さに関して何か支援を受けていますか。いずれかに○をしてください。「はい」と回答された方はどのような支援を受けているか、記入してください。

はい

(支援の内容：)

いいえ

(3) 医療機関・医療従事者から診断を受けていますか。いずれかの () に○をしてください。

はい

いいえ

(4) (3) で「はい」と答えられた方にお聞きします。差し支えなければ診断名を教えてください。

(診断名：)

3. この申請を行った方についてご記入ください。

氏名：

ふりがな：

メールアドレス：

電話番号：

使用者との関係（以下の当てはまるものの () に○をしてください）

通常学級の担任

特別支援学級の担任

通級指導担当

特別支援コーディネーター

保護者

その他（記入してください：)

4. ご希望の国語教科書についてご記入ください。

基本的には在籍学年のものを提供していますが、学習の進展等により、在籍学年よりも下の学年のものもご希望いただけます。ただし、提供できるのはお一人につき 1 学年分のみです。

(1) 教科書発行会社 (いずれかの () に○をしてください)

() 光村図書出版

() 東京書籍

() 三省堂 (中学 1 年生のみ)

(2) 学年：

(3) 教科書冊子サイズ (いずれかの () に○をしてください)

() B5 サイズ (通常の教科書と同じ大きさの冊子、白色紙を使用)

() A4 サイズ (通常の教科書より大きい冊子、クリーム色紙を使用、光村図書出版については本文の字体をユニバーサルデザイン教科書体に変更)

5. 音声ペンの必要数をご記入ください。(いずれかの()に○をしてください)(1本 5,000円)

※譲渡された場合、譲渡元の方のユーザー ID をご記入ください。

予備等に複数ご希望の方は必要な本数をお申し込みください。

() 0 本 (ユーザー ID)

() 1 本

() その他 (本)

6. 送付先情報をご記入ください。

(1) 送付先住所：〒

(2) 宛名：

(3) 電話番号：