

自動通話録音機給付申請書

西 東 京 市 長 殿

下記のとおり、自動通話録音機の給付を申請します。(太枠内を記入してください)

使用者 (自動通話録音機を使用する方)	フリガナ		性別
	氏名		男・女
	生年月日	年 月 日生	歳
	住所	〒 ー 西東京市	
	連絡先	【機器設置電話番号】 ー ー	【携帯電話番号等】 ー ー
申請者 (窓口にお越しの方)	<input type="checkbox"/> 使用者に同じ(下記の記載は不要です)。 続柄 住所 フリガナ 氏名 連絡先 ー ー		
使用者様への 確認事項	<input type="checkbox"/> 過去に西東京市で自動通話録音機の給付を受けたことがない。 <input type="checkbox"/> 自宅の固定電話に類似機能がなく、類似機器の設置もしていない。		
チェック欄 (市役所が記入)	<input type="checkbox"/> 使用者は市内在住で、65歳以上の方である(身分証明書で確認) 【シリアルナンバー: _____】		
受領物品確認 (受領時に記入)	<input type="checkbox"/> 自動通話録音機本体(1台) <input type="checkbox"/> 付属品(ACアダプター1台、モジュラーケーブル1本、説明書2種) <input type="checkbox"/> 「自動通話録音機使用上の注意事項等について」(A4用紙1枚) 受領者署名 _____		

【受付担当者】(危機管理・総務・高齢) 氏名: _____