

自動通話録音機給付申請書

西 東 京 市 長 あて

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)	☐ 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	☐ 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。 ☐ 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)	☐ 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)	☐ 自動通話録音機本体 (1台) ☐ 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) ☐ 「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 : _____