

令和 年 月 日

## 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。

申 請 者	フリガナ		性 別
	氏 名		男 ・ 女
	生年月日	年 月 日生	歳
	住 所	〒 - 西東京市	
	連絡先	【機器設置電話番号】 - -	【携帯電話番号等】 - -
使 用 者	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ。  続 柄 住 所 フリガナ 氏 名 年 齢 年 月 日生 ( 歳) 連絡先 (機器設置電話番号)		
個人情報 の第 三者提供に 関する同意	自動通話録音機の給付に関して、申請書に記載された申請者及び使用者の個人情報を、西東京市及び田無警察署が共有することについて同意します。  申請者 使用者		
備 考	(1) 台数には限りがありますので、給付できない場合があります。 (2) この申請書は、市が給付することを確約するものではありません。 申請後、市で審査の上、給付・不給付を決定して、文書で通知します。		
防犯指導の結果 に基づく意見 ※警察が記入 します。	自動通話録音機設置の必要性 有 ・ 無 <input type="checkbox"/> 類似機器等の設置無し <input type="checkbox"/> 世帯構成上、設置が必要 <input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 高齢者のみ <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )		