

特殊詐欺被害防止電話機等購入費補助金交付申請書

次のとおり申請します。

申請日 令和 年 月 日

申請者	フリガナ		
	氏名	印	男・女
	生年月日	明 大 昭 年 月 日 (満 歳)	
	住所地 (住民登録地)	〒 ー 電話番号 ()	
機器種類	<input type="checkbox"/> 音声メッセージが流れ、音声録音機能を備えた電話機 <input type="checkbox"/> 音声メッセージが流れ、音声録音機能を備えた機器 (電話機に接続する外付け機器等)		
購入予定機種	メーカー名	品名	
購入予定機種 の価格	円		
補助金申請額	円		
添付書類	<input type="checkbox"/> 見積書その他電話機等の価格が確認できるものの写し <input type="checkbox"/> 個人情報の取扱いに係る同意書(第2号様式)		

※本人によるご申請の場合は、以下の欄のご記入は不要です。

提出代行者	提出代行者 * 本人の場合は記入不要		
	<input type="checkbox"/> 親族(続柄:)		
	<input type="checkbox"/> その他(ご関係:)		
	氏名(名称)		
	〒 ー	電話番号 ()	
	住所(所在地)		

鎌倉市使用欄

提出書類確認		提出代行		受付者
<input type="checkbox"/>	特殊詐欺被害防止電話機等購入費補助金交付申請書(第1号様式)	1点	<input type="checkbox"/> 申請者の個人番号カードの写し	
			<input type="checkbox"/> 申請者の運転免許証・旅券の写し	
			<input type="checkbox"/> 申請者との血縁関係がわかる戸籍謄本の写し	
<input type="checkbox"/>	見積書その他電話機等の価格が確認できるものの写し	2点	<input type="checkbox"/> 申請者の被保険者証の写し(介護・医療・後期)	確認者
			<input type="checkbox"/> 申請者の限度額認定証の写し(介護・医療・後期)	
			<input type="checkbox"/> 申請者の介護保険負担割合証の写し	
			<input type="checkbox"/> 申請者の年金手帳・年金証書の写し	
<input type="checkbox"/>	個人情報の取扱いに係る同意書(第2号様式)		<input type="checkbox"/> その他 ()	