

【様式 5】

電話リレーサービス利用登録申請書 (法人)

一般財団法人 日本財団電話リレーサービス行



弊社（私）は、利用規約及び重要事項説明に同意のうえ、下記のとおり電話リレーサービスの利用登録を申請します。

お申込み日	(西暦)
	20 年 月 日

法人名	※登録情報の姓名欄の「姓」に法人名が、「名」に利用者名が登録されます ※16文字を超える場合、17文字目以降はログイン後の登録情報には表示されません	
フリガナ		印
漢字		

本店又は主たる事務所の所在地							
〒				—			(ビル・マンション・アパート名・部屋番号も記入してください)
	都	道		市	区		
	府	県		町	村		

法人確認書類	初回申込時のみ以下から1点（発行日から3ヶ月以内のものを送付。原本） <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> 印鑑登録証明書
	※個人事業主（法人ではない事業者または団体）の場合は、 代表者個人の本人確認書類 + 補助書類*
	*補助書類は以下のいずれかで必ず「屋号と代表者名」が記載されているもの。 商号登記簿謄本、公共料金の領収書、国税または地方税の領収書、社会保険料の領収書、官公庁発行の書類で、官公庁の捺印のあるもの。いずれも発行日から6か月以内のもの。
	※官公庁の場合は、登録担当者の本人確認書類

申込番号数	番号
-------	----

<注意事項>

- ・利用者数ではなく、発行する番号数を記載してください
例：個人用に2番号を発行、共用利用で1番号を利用する場合は、合計して【3番号】と記載

支払い方法	払込票 (コンビニ払)
-------	----------------

<注意事項>

- ・本申込書で指定できるお支払い方法は、払込票（コンビニにてお支払い）のみとなります
- ・クレジットカード決済、キャリア決済をご希望される場合は、登録完了後に変更手続きをお願いいたします

<p>料金プラン</p> <p>※どちらかを選択してください ※緊急通報、フリーダイヤルは無料</p>	<input type="checkbox"/> 月額料金+通話料 (従量制) ・月額料 178.2円/月 (税抜162円/月) ・固定着 5.5円/分 (税抜 5円/分) ・携帯着 33円/分 (税抜 30円/分)
	<input type="checkbox"/> 通話料 (従量制) ・固定着 16.5円/分 (税抜 15円/分) ・携帯着 44円/分 (税抜 40円/分)

登録担当者名 ※登録担当者の「電話番号」及び「メールアドレス」が登録情報に登録されます

フリガナ			
漢字			
部署名		電話番号	
メールアドレス			

※緊急通報時に緊急通報受理機関から要望があった場合、登録担当者の電話番号及びメールアドレスを通知します。
 ※パスワード再設定通知や利用の意思確認、料金支払いについては、登録担当者のメールアドレスへご連絡します。

登録担当者の確認書類 [A・Bから1点ずつ書類を提出]

【A】 本人確認書類	以下の書類 (有効期限内のもの・いずれか1点) から、「登録担当者の氏名・住所 (現在の住所)・生年月日」記載箇所をすべてコピー <input type="checkbox"/> マイナンバーカード (表面のみ。裏面は不要) <input type="checkbox"/> 運転免許証 (表面・裏面のコピー) <input type="checkbox"/> 各種健康保険被保険者証 (記号、番号、保険者番号、QRコード (記載のある場合) は見えないよう付箋などで隠す) ※住所の記載がない場合は、住所確認書類が必要です。公共料金領収書、官公庁等の発行した書類、住民票などです。詳しくはホームページを確認してください。
【B】 法人との関係書類	いずれか1点 <input type="checkbox"/> 社員証 (コピー) <input type="checkbox"/> 社員 (所属) 証明書 (原本) <input type="checkbox"/> 委任状 (原本)

払込票送付先 ※記載のない場合は本店又は主たる事務所の所在地へ送付させていただきます
 ※登録情報の「住所」に登録されます

〒		—					(ビル・マンション・アパート名・部屋番号も記入してください)
	都道		市区				
	府県		町村				
送付先名	フリガナ						
送付先電話番号							

利用者情報 ※利用者情報を記載してください
 番号を共用利用する利用者は【共用利用】の欄にチェックしてください
 共用利用番号の受電時の通訳方法は共通の設定となります
 (複数の通訳方法が記載されている場合は【文字】で設定となります)

共用利用	利用対象の確認 ※該当にチェック	利用者名	性別	生年月日 (西暦)	電話受ける時の通訳方法 ※どちらかにチェック (登録後の変更も可能)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	(フリガナ) (漢字)	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	年 月 日	<input type="checkbox"/> 手話 <input type="checkbox"/> 文字
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	(フリガナ) (漢字)	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	年 月 日	<input type="checkbox"/> 手話 <input type="checkbox"/> 文字
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	(フリガナ) (漢字)	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	年 月 日	<input type="checkbox"/> 手話 <input type="checkbox"/> 文字
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	(フリガナ) (漢字)	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	年 月 日	<input type="checkbox"/> 手話 <input type="checkbox"/> 文字
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	(フリガナ) (漢字)	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	年 月 日	<input type="checkbox"/> 手話 <input type="checkbox"/> 文字
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	(フリガナ) (漢字)	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	年 月 日	<input type="checkbox"/> 手話 <input type="checkbox"/> 文字
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	(フリガナ) (漢字)	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	年 月 日	<input type="checkbox"/> 手話 <input type="checkbox"/> 文字
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	(フリガナ) (漢字)	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	年 月 日	<input type="checkbox"/> 手話 <input type="checkbox"/> 文字
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	(フリガナ) (漢字)	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	年 月 日	<input type="checkbox"/> 手話 <input type="checkbox"/> 文字
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	(フリガナ) (漢字)	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	年 月 日	<input type="checkbox"/> 手話 <input type="checkbox"/> 文字

利用対象の確認について (利用者が該当する項目を確認して上記リストにチェックをしてください)

1	身体障害者手帳（聴覚障害、音声機能・言語機能又はそしゃく機能の障害）を持っている
2	医療機関で聴覚障害、音声機能・言語機能又はそしゃく機能の障害と診断されている
3	電話で相手先の声がきこえない、きこえにくい又は発話が困難なことがある

※該当しない方は登録できません。登録内容で虚偽があった場合、利用停止や登録解除されることがあります。

利用者の確認書類 [C・D から 1 点ずつ書類を提出]

【C】 本人確認書類	以下の書類（有効期限内のもの・いずれか 1 点）から、「利用者の氏名・住所（現在の住所）・生年月日」記載箇所をすべてコピー <input type="checkbox"/> マイナンバーカード（表面のみ。裏面は不要） <input type="checkbox"/> 運転免許証（国際運転免許証は除く。） <input type="checkbox"/> 各種健康保険被保険者証（記号、番号、保険者番号、QRコード（記載のある場合）は見えないう付箋などで隠す） ※住所の記載がない場合は、住所確認書類が必要です。公共料金領収書、官公庁等の発行した書類、住民票などです。詳しくはホームページを確認してください。
【D】 法人との関係書類	いずれか 1 点 <input type="checkbox"/> 社員証（コピー） <input type="checkbox"/> 社員（所属）証明書（原本） <input type="checkbox"/> 委任状（原本）

申請前にご確認ください

- 「様式 5、様式 2・3」すべて記入漏れ・チェック漏れはありませんか
- 従業員利用者用の様式では、登録しようとする従業員利用者の人数分を記載していますか
- 「様式 2」利用規約同意書を同封しましたか
- 重要事項説明書、アプリケーションプライバシーポリシーを同封しましたか
- 法人確認書類(初回申込時のみ)、登録担当者本人確認書類<書類 A・B>を同封しましたか
- 利用者本人確認書類<書類 C・D>は利用する全員分を同封しましたか
- 1 番号を複数の端末で同時利用すると、システムが正しく動作しないことがあります

◆個人情報 は 厳重 に 管理 し、一般財団法人日本財団電話リレーサービスで実施する事業以外には使用しません。

◆申請情報に環境依存文字が含まれている場合、登録時には代替文字で登録されます。

【様式5】

電話リレーサービス利用登録申請書 (法人)

一般財団法人 日本財団電話リレーサービス行



弊社（私）は、利用規約及び重要事項説明に同意のうえ、下記のとおり電話リレーサービスの利用登録を申請します。

チェックを必ず入れてください

お申込み日	(西暦)
	20 年 月 日

法人名	※登録情報の姓名欄の「姓」に法人名が登録されます ※16文字を超える場合、17文字目以降はログイン後の登録情報には表示されません	
フリガナ	カブシキガイシャ デンワリレーサービス	印
漢字	株式会社 電話リレーサービス	

本店又は主たる事務所の所在地									
〒	1	2	3	—	0	0	4	5	(ビル・マンション・アパート名・部屋番号も記入してください)
東京	都	道	府	千代田	市	区	町	村	神田錦町3-22 テラスビル8階

法人確認書類	<input checked="" type="checkbox"/> 初回申込時のみ以下から1点（発行日から3ヶ月以内の） <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> 印鑑登録証明書 ※個人事業主（法人ではない事業者または団体）の場合は、 代表者個人の本人確認書類+補助書類* *補助書類は以下のいずれかで必ず「屋号と代表者名」が記載されているもの。 商号登記簿謄本、公共料金の領収書、国税または地方税の領収書、社会保険料の領収書、官公庁発行の書類で、官公庁の捺印のあるもの。いずれも発行日から6か月以内のもの。 ※官公庁の場合は、登録担当者の本人確認書類
	提出する書類の□に チェックを入れてください

申込番号数	3 番号	発行する番号数を記入してください。 利用者については後述のリストに記載ください。
-------	------	---

<注意事項>

- ・利用者数ではなく、発行する番号数を記載してください
例：個人用に2番号を発行、共用利用で1番号を利用する場合は、合計して【3番号】と記載

支払い方法	払込票 (コンビニ払)
-------	----------------

<注意事項>

- ・本申込書で指定できるお支払い方法は、払込票（コンビニにてお支払い）のみとなります
- ・クレジットカード決済、キャリア決済をご希望される場合は、登録完了後に変更手続きをお願いいたします

希望する料金プランに
□にチェックを入れてください

料金プラン ※どちらかを選択してください ※緊急通報、フリーダイヤルは無料	<input type="checkbox"/> 月額料金+通話料 (従量制)
	<ul style="list-style-type: none"> ・月額料 178.2円/月 (税抜162円/月) ・固定着 5.5円/分 (税抜 5円/分) ・携帯着 33円/分 (税抜 30円/分)
	<input checked="" type="checkbox"/> 通話料 (従量制)
	<ul style="list-style-type: none"> ・固定着 16.5円/分 (税抜 15円/分) ・携帯着 44円/分 (税抜 40円/分)

登録担当者名 ※登録担当者の「電話番号」及び「メールアドレス」が登録情報に登録されます

フリガナ	ヤマダ デンコ		
漢字	山田 電子		
部署名	総務部	電話番号	03-8765-4321
メールアドレス	○○○○○○○○○@●●●.com		

※緊急通報時に緊急通報受理機関から要望があった場合、登録担当者の電話番号及びメールアドレスを通知します。
※パスワード再設定通知や利用の意思確認、料金支払いについては、登録担当者のメールアドレスへご連絡します。

登録担当者の確認書類 [A・Bから1点ずつ書類を提出] 提出する書類の□にチェックを入れてください

【A】 本人確認書類	<p>以下の書類（有効期限内のもの・いずれか1点）から、「登録担当者の氏名・住所（現在の住所）・生年月日」記載箇所をすべてコピー</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> マイナンバーカード（表面のみ。裏面は不要） <input checked="" type="checkbox"/> 運転免許証（表面・裏面のコピー） <input type="checkbox"/> 各種健康保険被保険者証（表面・裏面のコピー） <p>※記号、番号、保険者番号、QRコード（記載のある場合）は見えないよう付箋などで隠す</p>
【B】 法人との関係書類	<p>いずれか1点</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> 社員証（コピー） <input type="checkbox"/> 社員（所属）証明書（原本） <input type="checkbox"/> 委任状（原本）

払込票送付先 ※記載のない場合は本店又は主たる事務所の所在地へ送付させていただきます
※登録情報の「住所」に登録されます

〒	1	2	3	—	4	5	6	7	(ビル・マンション・アパート名・部屋番号も記入してください)
東京都	都	道	千代田	市	区	神田錦町	3-22	テラスビル	8階
送付先名	フリガナ カブシキガイシャ デンワリレーサービス ソウムブ ヤマダデンコ								
	株式会社 電話リレーサービス 総務部 山田電子								
送付先電話番号	03-8765-4321								

利用者情報 ※利用者情報を記載してください
 番号を共用利用する利用者は【共用利用】の欄にチェックしてください
 共用利用番号の電話をうける時の通話方法は共通の設定となります
 (共用利用で複数の通話方法が記載されている場合は【文字】で設定となります)

共用利用	利用対象の確認 ※該当にチェック	利用者名	性別	生年月日 (西暦)	電話をうける時の通話 ※どちらかにチェック (登録後の変更も可能)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	(フリガナ)サイタン ハナコ 財団 花子	<input type="checkbox"/> 男性 <input checked="" type="checkbox"/> 女性	1975年2月1日	<input type="checkbox"/> 手話 <input checked="" type="checkbox"/> 文字	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3	(フリガナ)サイタン イチロウ 財団 一郎	<input checked="" type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	1980年7月2日	<input checked="" type="checkbox"/> 手話 <input type="checkbox"/> 文字	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	(フリガナ)サイタン ツキコ 財団 月子	<input type="checkbox"/> 男性 <input checked="" type="checkbox"/> 女性	1990年9月6日	<input type="checkbox"/> 手話 <input checked="" type="checkbox"/> 文字	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3	(フリガナ)サイタン ジロウ 財団 二郎	<input checked="" type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	1995年5月8日	<input type="checkbox"/> 手話 <input checked="" type="checkbox"/> 文字	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	(フリガナ)	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	年 月 日	<input type="checkbox"/> 手話 <input type="checkbox"/> 文字	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<div style="border: 2px solid red; border-radius: 20px; padding: 10px; text-align: center;"> <p style="color: red; font-weight: bold;">全ての項目にチェック、記載をしてください</p> <p style="color: red;">① 共用利用のあり・なし ② 利用対象の確認 ③ 利用者名 ④ 性別 ⑤ 生年月日 ⑥ 受電時の通話方法</p> </div>			日	<input type="checkbox"/> 手話 <input type="checkbox"/> 文字
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2				日	<input type="checkbox"/> 手話 <input type="checkbox"/> 文字
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2				日	<input type="checkbox"/> 手話 <input type="checkbox"/> 文字
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	(フリガナ)	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	年 月 日	<input type="checkbox"/> 手話 <input type="checkbox"/> 文字	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	(フリガナ)	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	年 月 日	<input type="checkbox"/> 手話 <input type="checkbox"/> 文字	

利用対象の確認について (利用者が該当する項目を確認して上記リストにチェックをしてください)

1	身体障害者手帳（聴覚障害、音声機能・言語機能又はそしゃく機能の障害）を持っている
2	医療機関で聴覚障害、音声機能・言語機能又はそしゃく機能の障害と診断されている
3	聞こえない、発話が困難なため、通常の電話が利用できない

※該当しない方は登録できません。登録内容で虚偽があった場合、利用停止や登録解除されることがあります。

利用者の確認書類 [C・D から 1 点ずつ書類を提出]

提出する書類の□に
チェックを入れてください

<p>【C】 本人確認書類</p>	<p>以下の書類（有効期限内のもの・いずれか 1 点）から、 所）・生年月日」記載箇所をすべてコピー</p> <p><input type="checkbox"/> マイナンバーカード（表面のみ。裏面は不要）</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 運転免許証（国際運転免許証は除く。）</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 各種健康保険被保険者証（記号、番号、保険者番号、QRコード（記載のある場合）は 見えないよう付箋などで隠す）</p> <p>※住所がない場合は、住所確認書類が必要です。公共料金領収書、官公庁等の発行した 書類、住民票などです。詳しくはホームページを確認してください。</p>
<p>【D】 法人との関係書類</p>	<p>いずれか 1 点</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 社員証（コピー） <input type="checkbox"/> 社員（所属）証明書（原本） <input type="checkbox"/> 委任状（原本）</p>

申請前にご確認ください

- 「様式 5、様式 2・3」すべて記入漏れ・チェック漏れはありませんか
- 従業員利用者用の様式では、登録しようとする従業員利用者の人数分を記載していますか
- 「様式 2」利用規約同意書を同封しましたか
- 重要事項説明書、アプリケーションプライバシーポリシーを同封しましたか
- 法人確認書類(初回申込時のみ)、登録担当者本人確認書類<書類 A・B>を同封しましたか
- 利用者本人確認書類<書類 C・D>は利用する全員分を同封しましたか
- 1 番号を複数の端末で同時利用すると、システムが正しく動作しないことがあります

- ◆個人情報 は 厳重に 管理し、一般財団法人日本財団電話リレーサービスで実施する事業以外には使用しません。
- ◆申請情報に環境依存文字が含まれている場合、登録時には代替文字で登録されます。