

【様式 1】

電話リレーサービス提供機関
(一財)日本財団電話リレーサービス



電話リレーサービス利用者登録申請書 (個人)

一般財団法人日本財団電話リレーサービス行



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利用者登録を申請します。

お申込み日	(西暦)
	20 年 月 日

利用者名	※登録情報に入力できる姓・名は16文字までです ※本人確認書類に記載されている氏名と同様に記入してください												
フリガナ													
姓													
フリガナ													
名													

性別	<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 女性	生年月日	(西暦)
			年	月 日

利用者住所														
〒					—									(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

利用者本人のメールアドレス																@
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

※パスワード再設定通知や利用の意思確認、料金の支払いについて上記アドレスにメールが届きますので、お間違いのないよう記入してください。

利用者本人の携帯電話番号 (任意登録)																				
------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(家族等) 緊急連絡先 (任意登録)																				
-----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※緊急通報時に緊急通報受理機関から要望があった場合、登録された連絡先へ連絡する場合があります。

電話を受けるときの通話方法	<input type="checkbox"/> 手話	<input type="checkbox"/> 文字
---------------	-----------------------------	-----------------------------

<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) <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 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)

本人確認書類等の提出 A B から必要なもの		
身体障害者手帳 (聴覚、音声・言語機能障害)	持っている	持っていない
A サービス利用対象者であることの確認書類 (コピー)	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (聴覚障害、音声・言語機能障害) ①氏名・②障害名(種別)・③生年月日・④住所(現在の住所)が記載された面をすべてコピー	<input type="checkbox"/> 聴覚や音声・言語機能に障害があることを証明する書類(診断書) 音声電話の利用が困難であること等の記載があること <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: fit-content;">特記事項欄</div>
B 本人確認書類 (コピー)		以下の書類(有効期限内のもの・いずれか1点)から、「申込者の氏名・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"/> 運転免許証(国際運転免許証は除く。) <input type="checkbox"/> パスポート(日本国旅券)※2020年2月4日以降のものは住所確認書類が必要 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード(表面のみ。裏面は不要) <input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード <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) <input type="checkbox"/> 国民年金手帳 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳(聴覚障害、音声・言語機能障害以外)・精神障害者保健福祉手帳・療育手帳 <input type="checkbox"/> 在留カード
※必要な場合 住所確認のための補助書類 (コピー) 住民票のみ原本		Bの本人確認書類に住所の記載がない場合やその住所の記載が古い場合は、6カ月以内(住民票は3カ月以内)に発行された次の書類が必要 <input type="checkbox"/> 公共料金(日本の電気、ガス、水道など)の領収証のコピー <input type="checkbox"/> 官公庁が発行した書類で申込者の氏名、住所、生年月日の記載のあるもの <input type="checkbox"/> 住民票の原本(3カ月以内)

支払い方法	払込票決済 (コンビニ、郵便局払)
-------	----------------------

※登録申請書による申請の場合、払込票決済(コンビニ又は郵便局にてお支払い)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の方は、登録完了後にログインして変更可能です。

法定代理人用

電話リレーサービス提供機関
(一財) 日本財団電話リレーサービス



利用者が未成年の場合は法定代理人（親権者等）の登録が必要です。

法定代理人名 ※登録情報に入力できる姓・名は最大 16 文字までです ※本人確認書類に記載されている氏名と同様に記入してください													続柄	
フリガナ														
姓														
フリガナ														
名														

性別	<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 女性
	生年月日 (西暦) 年 月 日	

法定代理人住所														
〒				—									(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								

法定代理人の電話番号												
------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

法定代理人本人確認書類等の提出 D E 各分類から 1 点ずつ書類を提出

D 法定代理人本人 確認書類 (住所の記載が ないものは、住 所確認のための 補助書類が必 要)	以下の書類（有効期限内のもの・いずれか 1 点）から、「法定代理人の氏名・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"/> 運転免許証（国際運転免許証は除く。） <input type="checkbox"/> パスポート（日本国旅券）※2020 年 2 月 4 日以降のものは住所確認書類が必要 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード（表面のみ。裏面は不要） <input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード <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） <input type="checkbox"/> 国民年金手帳 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（聴覚障害、音声・言語機能障害以外）・精神障害者保健福祉手帳・療育手帳 <input type="checkbox"/> 在留カード
E 法定代理人書類	<input type="checkbox"/> 法定代理人同意書 兼 支払名義人同意書

送付前セルフチェック
<input type="checkbox"/> 「様式 1～3」すべて記入漏れ・チェック漏れはありませんか <input type="checkbox"/> 「様式 2」利用規約同意書を同封しましたか <input type="checkbox"/> 「様式 3」重要事項説明書を同封しましたか <input type="checkbox"/> 書類＜A・Bおよび補助書類で必要なもの＞を同封しましたか <input type="checkbox"/> (該当する人のみ)「様式 4」法定代理人同意書兼支払い名義人同意書を同封しましたか <input type="checkbox"/> (該当する人のみ) 法定代理人本人確認書類等＜D・E＞を同封しましたか

◆個人情報厳重に管理し、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。
一般社団法人日本財団電話リレーサービス 20210901 版

【様式1】

様式1 記入例

電話リレーサービス提供機関
(一財) 日本財団電話リレーサービス



電話リレーサービス利用者登録申請書 (個人)

一般財団法人日本財団電話リレーサービス行



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利用者登録を申請します。

チェックを必ず入れてください

お申込み日	(西暦) 2021年	9月	1日
-------	---------------	----	----

利用者名 ※登録情報に入力できる姓・名は16文字までです
※本人確認書類に記載されている氏名と同様に記入してください

フリガナ	ザ	イ	ダ	ン															
姓	財	団																	
フリガナ	タ	ロ	ウ																
名	太	郎																	

性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 女性	生年月日	(西暦) 2003年	1月	1日
----	--	-----------------------------	------	---------------	----	----

利用者住所

〒 1 0 1 - 0 0 5 4 (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 千代田 市 区 町 村
東京 千代田 神田錦町3-22 テラススクエアマンション801

利用者本人のメールアドレス ○○○○○○○○ @ ●●●.com

※パスワード再設定通知や利用の意思確認、料金の支払いについて上記アドレスにメールが届きますので、お間違いのないよう記入してください。

利用者本人の携帯電話番号 (任意登録) 0 7 0 - 1 2 3 4 - 5 6 7 8

(家族等) 緊急連絡先 (任意登録) 0 8 0 - 1 2 3 4 - 5 6 7 8

※緊急通報時に緊急通報受理機関から要望があった場合、登録された電話番号は左詰めで記入してください

電話を受けるときの通話方法 手話 文字

どちらかを選んで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 checked="" 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)

本人確認書類等の提出 A B から必要なもの	
身体障害者手帳 (聴覚、音声・言語機能障害)	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px; display: inline-block;">持っている</div> <div style="margin-left: 100px;">持っていない</div>
A サービス利用対象者であることの確認書類 (コピー)	<input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (聴覚障害、音声・言語機能障害) ①氏名・②障害名(種別)・③生年月日・④住所(現在の住所)が記載された面をすべてコピー
B 本人確認書類 (コピー)	<input type="checkbox"/> 聴覚や音声・言語機能に障害があることを証明する書類(診断書) 音声電話の利用が困難であること等の記載があること 特記事項欄
※必要な場合 住所確認のための補助書類 (コピー) 住民票のみ原本	以下の書類(有効期限内のもの・いずれか1点)から、「申込者の氏名・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"/> 運転免許証(国際運転免許証は除く。) <input type="checkbox"/> パスポート(日本国旅券)※2020年2月4日以降のものは住所確認書類が必要 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード(表面のみ。裏面は不要) <input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード <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) <input type="checkbox"/> 国民年金手帳 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳(聴覚障害、音声・言語機能障害以外)・精神障害者保健福祉手帳・療育手帳 <input type="checkbox"/> 在留カード Bの本人確認書類に住所の記載がない場合やその住所の記載が古い場合は、6カ月以内(住民票は3カ月以内)に発行された次の書類が必要 <input type="checkbox"/> 公共料金(日本の電気、ガス、水道など)の領収証のコピー <input type="checkbox"/> 官公庁が発行した書類で申込者の氏名、住所、生年月日の記載のあるもの <input type="checkbox"/> 住民票の原本(3カ月以内)

※提出する書類の口にチェックを入れてください

支払い方法	払込票決済 (コンビニ、郵便局払)
-------	----------------------

※登録申請書による申請の場合、払込票決済(コンビニ又は郵便局にてお支払い)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の方は、登録完了後にログインして変更可能です。

法定代理人用

電話リレーサービス提供機関
(一財)日本財団電話リレーサービス



利用者が未成年の場合は法定代理人（親権者等）の登録が必要です。

法定代理人名 ※登録情報に入力できる姓・名は最大 16 文字までです ※本人確認書類に記載されている氏名と同様に記入してください										続柄	母	
フリガナ	ザ	イ	ダ	ン								
姓	財	団										
フリガナ	ハ	ナ	コ									
名	花	子										

性別	<input type="checkbox"/> 男性	<input checked="" type="checkbox"/> 女性	生年月日	(西暦) 1960年	1月	1日
----	-----------------------------	--	------	---------------	----	----

法定代理人住所

〒	1	0	1	—	0	0	5	4	(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)	
	都道府県		市区町村							
東京	千代田		神田錦町		3-22 テラススクエアマンション801					

法定代理人の電話番号

0	3				—	1	2	3	4	—	5	6	7	8
---	---	--	--	--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

電話番号は左詰めで記入してください

法定代理人本人確認書類等の提出 DE 各分類から1点ずつ書類を

D 法定代理人本人確認書類 (住所の記載がないものは、住所確認のための補助書類が必要)	以下の書類（有効期限内のもの・いずれか1点）から、「法定代理人の氏名・住所（現在の住所）・生年月日」記載箇所をすべてコピー <input checked="" type="checkbox"/> 運転免許証（国際運転免許証は除く。） <input type="checkbox"/> パスポート（日本国旅券）※2020年2月4日以降のものは住所確認書類が必要 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード（表面のみ。裏面は不要） <input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード <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） <input type="checkbox"/> 国民年金手帳 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（聴覚障害、音声・言語機能障害以外）・精神障害者保健福祉手帳・療育手帳 <input type="checkbox"/> 在留カード
E 法定代理人書類	<input checked="" type="checkbox"/> 法定代理人同意書 兼 支払名義人同意書

提出する書類の口にチェックを入れてください

送付前セルフチェック

- 「様式1~3」すべて記入漏れ・チェック漏れはありませんか
- 「様式2」利用規約同意書を同封しましたか
- 「様式3」重要事項説明書を同封しましたか
- 書類<A・Bおよび補助書類で必要なもの>を同封しましたか
- (該当する人のみ)「様式4」法定代理人同意書兼支払い名義人同意書を同封しましたか
- (該当する人のみ) 法定代理人本人確認書類等<D・E>を同封しましたか