

【様式5】

電話リレーサービス 利用登録申込書 (法人用)

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



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	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
-------	----

※2 番号以上申し込む場合は、番号数分の電話を受けるときの通訳方法及び従業員利用者の情報（氏名、性別及び生年月日）を「従業員利用者用」の様式（登録しようとする人数分）に記載するとともに、それらの従業員利用者全員についての本人確認書類を添付してご提出ください。

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

<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。

料金プラン	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）
※緊急通報、フリーダイヤルは無料	

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 AB 各分類から1点ずつ書類を提出

A 本人確認書類 (コピー)	<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> <p><input type="checkbox"/> 運転免許証（国際運転免許証は除く。）</p> <p><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</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 type="checkbox"/> 住民基本台帳カード</p> <p><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）</p> <p><input type="checkbox"/> 年金手帳（発行者印もわかるように）</p> <p><input type="checkbox"/> 身体障害者手帳・精神障害者保健福祉手帳・療育手帳</p> <p><input type="checkbox"/> 在留カード</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>
B 法人との関係	<p>いずれか1点</p> <p><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）</p>

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								

電話を受けるときの通訳方法

 手話 文字

従業員利用者用

従業員利用者名 ※姓と名の間は1マス空けてください
※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																				
漢字																				

性別

 男性 女性

生年月日

(西暦)

年

月

日

※従業員利用者本人の性別、生年月日がログイン後の登録情報に登録されます。

従業員利用者の本人確認書類等の提出 C D E 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
C 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;">特記事項欄</div>
D 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 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"/> 年金手帳(発行者印がわかるように) <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳・精神障害者保健福祉手帳・療育手帳 <input type="checkbox"/> 在留カード ※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ご 確認ください。
E 法人との関係	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)	

送付前セルフチェック

- 「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
- 「様式3」重要事項説明書を同封しましたか
- 法人についての確認書類、登録担当者本人確認書類<書類A・B等>を同封しましたか
- 従業員利用者本人確認書類等<書類C・D・E>は登録しようとする全員分を同封しましたか

◆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】

様式5記入例

電話リレーサービス 利用登録申込書 (法人用)

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



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)			
	2021年	9月	1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		
漢字	株式会社 電話リレーサービス		

印

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)
	都	道			市	区			
東京	府	県	千代田		町	村	神田錦町3-22	テラスビル8階	

法人確認書類	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 checked="" 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
--------	---

提出する書類の口に
チェックを入れてください

申込番号数	3 番号
-------	------

従業員利用者の様式を同枚数用意し、
3人の従業員利用者について記載してください

※2番号以上申し込む場合は、番号数分の電話を受けるときの通話方法及び従業員利用者の情報（氏名、性別及び生年月日）を「従業員利用者用」の様式（登録しようとする人数分）に記載するとともに、それらの従業員利用者全員についての本人確認書類を添付してご提出ください。

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

<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。

料金プラン	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）
※緊急通報、フリーダイヤルは無料	

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	〇〇〇〇〇〇〇〇〇@●●●.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 AB 各分類から1点ずつ書類を提出

提出する書類の口にチェックを入れてください

A 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、「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 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"/> 年金手帳（発行者印もわかるように） <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳・精神障害者保健福祉手帳・療育手帳 <input type="checkbox"/> 在留カード ※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。
B 法人との関係	いずれか1点 <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	道			市	区		
		府	県		千代田	町	村		
									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								

従業員利用者の情報を記入してください

電話を受けるときの通話方法

手話

文字

従業員利用者用

従業員利用者名 ※姓と名の間は1マス空けてください
※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	サ	ト	ウ		イ	チ	ロ	ウ											
漢字	佐	藤		一	郎														

性別

男性

女性

生年月日

(西暦)

1998年

2月

10日

※従業員利用者本人の性別、生年月日がログイン後の登録情報に登録されます。

従業員利用者の本人確認書類等の提出 C D E 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
C 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 特記事項欄
D 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"/> 年金手帳(発行者印がわかるように) <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳・精神障害者保健福祉手帳・療育手帳 <input type="checkbox"/> 在留カード ※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ご確認ください。
E 法人との関係	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)	

※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
- 「様式3」重要事項説明書を同封しましたか
- 法人についての確認書類、登録担当者本人確認書類<書類A・B等>を同封しましたか
- 従業員利用者本人確認書類等<書類C・D・E>は登録しようとする全員分を同封しましたか

◆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。

◆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。