

【様式1】

# 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															
〒															

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 ※どちらかを選択 (登録後の変更も可能)	<input type="checkbox"/> 手話	<input type="checkbox"/> 文字
---------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

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) ・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)	持っている	持っていない
A サービス利用者であること の書類 (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住所が記載された面をすべてコピー  <input type="checkbox"/> 運転免許証 (免許証内に「補聴器」と記載されている運転免許証に限る) ※両面をコピー	<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
B 本人確認書類 (コピー)	※Aで身体障害者手帳 (聴覚障害、音声・言語機能障害)、または運転免許証 (免許証内に「補聴器」と記載されている運転免許証に限る) を提出する方はBは不要です。	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。

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

- ・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。

## 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		町	村		
	府	県								

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 1・2 各分類から1点ずつ書類を提出

1 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"/> 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。
2 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

### 申請前にご確認ください

<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＜1・2＞を同封しましたか <input type="checkbox"/> 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1 記入例

【様式1】

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	(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)												
〒	1	0	1	—	0	0	5	4					
	都	道			市	区							
	府	県			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	〇〇〇〇〇〇〇〇	@	●●●.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

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	<input checked="" type="checkbox"/> 手話	<input type="checkbox"/> 文字
---------------	--	-----------------------------

どちらかを選んでチェックを入れてください

<b>料金プラン</b>  ※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: 10px; display: inline-block;">                         持っている                     </div>
A サービス利用対象者であること の書類 (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"/> 運転免許証(免許証内に「補聴器」と記載されている運転免許証に限る) ※両面をコピー
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  <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: fit-content;">                         特記事項欄                     </div>
<div style="border: 2px solid red; border-radius: 15px; padding: 10px; color: red; font-weight: bold;">                         ※提出する書類の口にチェックを入れてください                     </div>	
※Aで身体障害者手帳、または運転免許証(免許証内に「補聴器」と記載されている運転免許証に限る)を提出する方はBは不要です。	<input type="checkbox"/> 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。

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

※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

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			市	区			
	府	県			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 1・2 各分類から1点ずつ書類

1 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"/> 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。
2 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

申請前にご確認ください

提出する書類の口にチェックを入れてください

- 「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＜1・2＞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。