

原状回復費用 代位弁済請求書

※原状回復費用の不払は解約日の翌日から90日以内にFAXあるいはメールにて本請求書が弊社へ到着するようにご対応お願いします。
仮に、この期間内に本請求書が弊社へ到着しなかった場合には、弊社は代位弁済の責任を免れることができますものとします。

下記賃借人の退去に伴い、原状回復に要した費用の未収分を代位弁済請求いたします。
(※入居者から入金があった場合は速やかにご連絡ください。)

請求日 西暦 年 月 日

【ご契約者様情報】

賃借人氏名	フリガナ	お客様番号			
物件名	フリガナ	号室			
賃料		解約日	西暦	年	月 日
本人の負担項目、割合、金額の承諾		あり (承諾日 西暦 年 月 日) ・なし			

【費用明細】

項目	金額	備考

【請求額】

原状回復費用合計	-	敷金・保証金	=	代位弁済請求金額

※プランにより上限が異なります

【備考】

【お振込先】

金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農協	支店名	本店 営業部 支店 出張所	口座種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
口座番号 (右詰め)					
口座名義 ※カナ					

【取扱会社】

会社名	印
TEL	F A X
担当者名	

受付/	入力/

FAX送付先:045-577-4992

メール送付先:info@smartcredit.co.jp

(お問合せ電話番号:045-577-4991)

年 月 日

督促及び交渉履歴

物件名	
号室	
契約者名	
お客様番号	

《書面発送日》 年 月 日に発送しました。

《督促・交渉履歴》

督促・交渉日	時間	連絡先	手段	担当者	内容
	:				
	:				
	:				
	:				
	:				
	:				
	:				
	:				
	:				
	:				

連絡先記入例 契約者・勤務先・緊急連絡先
手段記入例 : 電話(携帯・固定)・書面・訪問・メール

貴社名		支店名	
担当名		担当名	

《連絡事項》

--