

代位弁済請求書兼受付証

御社名

ご担当者様

連絡先TEL

連絡先FAX

株式会社オーロラ 御中

愛知県名古屋市中区錦3丁目4番13号
第43オーシャンビル5F

TEL 052-955-6044

FAX 052-955-6039

- * 賃料等滞納対象月の末日までにFAXにてご報告ください。(例:1月分家賃は1/31まで)報告期限を過ぎますと免責になります。
- * 原状回復費用のご請求時には、必ず原契約全ページと明細(業者が発行したもの)を添付くださいますようお願い申し上げます。

契約者		報告日	平成 年 月 日
承認番号		立替前 キャンセル連絡	入金有 (月 日)
物件名			
部屋番号	号室	オートロック番号	

今回請求総額	請求総額		円
請求内訳	月額家賃 ()月 分		円
	管理費/共益費		円
	駐車場代		円
	その他固定費(代)		円
	その他(代)		円
	原状回復費用 (家賃1ヶ月分までを上限とする)		円

※その他について()内に何の費用か必ずご記入ください。詳細が不明な場合は受付致しかねます。

約定支払日	月 日	備考	
-------	-----	----	--

【振込先】

銀行	銀行	支店	支店
名義フリガナ		種類	普通・当座
口座名義		口座番号	

※受付証のない場合、事故報告を受付けていないとされる場合がございますのでご注意ください。

※FAX頂いた日の翌営業日までに弊社からの返信がない場合は必ずお問い合わせいただきますようお願いいたします。

【オーロラ記入欄】

受付日	平成 年 月 日	担当		処理	振込
免責無	<input type="checkbox"/> 全額受付致しました				
免責有	<input type="checkbox"/> 一部受付致しました()				
	<input type="checkbox"/> 保証範囲外の為受付致しかねます				
履行日	月 日の履行予定です	履行残			

ご請求後、御社へ入居者様より直接入金がありました場合は、お手数ですが、こちらに○を付けて頂き、再度FAXをお願い致します(その場合代位弁済の受付をキャンセル致します)。

FAX

052-955-6039