

代位弁済請求書 兼 受付証

F A X 03-6872-1173

貴社名
ご担当者様
連絡先TEL
連絡先FAX

H. I. F. 株式会社 御中
東京都新宿区西新宿6-21-1 アイタウン・プラザ 2F
TEL 03-6872-1171
FAX 03-6872-1173

契約者		報告日	年 月 日
契約番号		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
	変動費 () 月利用分	円
	その他固定費 ()	円
	その他 ()	円
	原状回復費用	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		支店	
名義フリガナ		種類	普通 ・ 当座
口座名義		口座番号	

- 賃料支払日の翌日から数えて10日以内にご報告をお願いいたします。
- 督促時に違反行為が判明した場合は受付取消となります。
- 受付証のない場合、事故報告の受付が完了していないとなる場合がございますのでご注意ください。
- 本書送信の翌営業日までに弊社から返信がない場合は必ずお問い合わせいただきます様よろしく
お願いいたします。

【弊社記入欄】

受付日	年 月 日	受付 担当者名	印
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。		

らご請求後、入居者様より貴社へ入金がありました