

FAX 送信先

03-6454-4199

代位弁済請求書

※原状回復費用の代位弁済請求は退去後 60 日以内に退去精算書と解約届を合わせてお送りください。

株式会社ダ・カーポ 行

請求日： 年 月 日

御社名		ご担当者様名	
TEL		FAX	

賃料未納につき下記賃借人の代位弁済の請求を致します。

滞納詳細

1	承認番号			ご契約者名	
	物件名称			部屋番号	号室
	オートロック解除番号		対象月	月分	請求金額
2	承認番号			ご契約者名	
	物件名称			部屋番号	号室
	オートロック解除番号		対象月	月分	請求金額
3	承認番号			ご契約者名	
	物件名称			部屋番号	号室
	オートロック解除番号		対象月	月分	請求金額
備考					
.....					
.....					

お振込先

銀行 / 信用金庫				支店	普通 / 当座
口座番号				名義(カナ)	

注意事項

- ※お家賃支払い約定日から 30 日を超えますと、保証適用外となりますのでご注意ください。
- ※FAX 送信後入居者様からご入金があった場合、お手数ではございますが弊社までご連絡お願い申し上げます。
- ※FAX 到着後、弊社の確認印を捺印して返信いたします。確認印がないものは無効となりますのでご了承ください。

送金予定日	月 日
弊社確認印	

株式会社ダ・カーポ
 東京都中央区八丁堀 1-9-6
 吉半八重洲通りビル 5F
 お問合せ先 03-6454-4190