

ショッピングクレジット 残一括代金照会依頼書

私が現在利用中の貴社ショッピングクレジットを一括支払する場合の精算金額等につきまして、身分証明書を提示のうえ照会依頼しますので、ご回答をお願いいたします。
また、照会依頼の回答結果は、下記取扱店にご通知いただきますようお願いいたします。

【お客様ご記入欄】 署名はお客様の自筆で必ずご記入ください。				
※法人契約の場合は代表者名を併記ください。記入例：株式会社アプラス 代表取締役 アプラス 太郎				
氏名	フリガナ			印
住所	〒			
生年月日 (法人契約の場合は 代表者の生年月日)	西暦	昭和	平成	電話 番号
	年	月	日	
				勤務先

【照会依頼取扱店記入欄】 回答書送付先	
取扱店名	【照会依頼取扱店の方へ】 <ul style="list-style-type: none"> ● ここにお客様から提示を受けた身分証明書を置いて本紙をコピーしてください。 ● 商談場所によって、身分証明書をコピーできないときは免許証番号をご記入願います。その際、お客様に別途ご連絡をする場合があります。 【マイナ免許証の場合の注意点】 マイナンバーカードの裏面(個人番号が記載されている部分)は送付不要です。また下記に【個人番号】は記入しないでください。 免許証番号が不明な場合は、「マイナポータル」もしくは「マイナ免許証 身分証明書名称:[] 身分証明書番号:[]
担当者	
TEL	
FAX	

①お客様会員番号	
②購入された販売店	
③商品名	
精算予定日(土日祝除く)	年 月 日 備考 月分迄ご契約者様お支払い

ご注意

- ※ 上記「①お客様会員番号」「②購入された販売店」「③商品名」の記入がない場合は、ご契約の特定ができないことがございます。
- ※ ご入金がお支払い期限を過ぎた場合は、金額が異なる場合がございます。
差額が生じた場合は別途ご請求させて頂く事になりますのでご注意ください。
- ※ 口座引落とし日は、毎月27日(金融機関休業日は翌営業日)です。
- ※ アプラスで口座引落としの入金確認ができるタイミングは、翌月上旬となります。
- ※ 記入漏れや不備、弊社の登録内容と相違があると回答ができない場合がございます。
- ※ 氏名や代表者変更をされている場合、追加で書類を頂く必要がある場合がございます。

会社名 株式会社 アプラス クレジットセンター	連絡先 FAX 0120-306-949 TEL 0120-096-253	検印	担当者
-------------------------------	---	----	-----