


## 原状回復費用 代位弁済申請書

## ① ■ 管理会社欄 ■

会社名	申請日	年	月	日
住所				
TEL				
FAX				
担当者名				
メールアドレス	@			

## ② ■ 契約者情報 ■

貸借人氏名	承認番号 (10桁)	
物件名	フリガナ	号室
貸借人 転居先	<input type="checkbox"/> 未確認 <input type="checkbox"/> 行方不明	
本人の承諾	あり (承諾日 年 月 日) ・ なし	

## ③ ■ 費用明細 ■

※交換される項目は下記に記載の上前回交換時期の記載をお願いします

項目	金額	前回交換時期
例)クロス張替	50,000 円	2018 年 1 月頃
	円	年 月頃
	円	年 月頃
	円	年 月頃
	円	年 月頃

## ④ ■ 負担理由 ■

※理由は出来る限り具体的に記載をお願いします  
 ※理由は出来る限り具体的に記載をお願いします  
 例)喫煙によるクロス汚れが取れない為・鍵の返却がなかった為等

## ⑤ ■ 請求額 ■

貸借人原状回復費用	敷金・預かり金等	日割り余剰金・回収金額等	代位弁済申請額
円	円	円	円

## ⑥ ■ お振込み先 ■

※家賃等送金口座への入金をご希望の際は右記にチェックをお願いします(チェック時下記口座情報記載不要)

金融機関名	支店名		
口座種別	普通・当座	口座番号 (右詰め)	
※口座番号が6桁の場合は右記にチェックをお願いします <input type="checkbox"/>			
口座名義	フリガナ		

※口座名義フリガナは必ずご記入ください

解約日	年	月	日	請求書支払期日	年	月	日
-----	---	---	---	---------	---	---	---

## ⑦ ■ 交渉履歴 ■

日付	時間	連絡先	手段	担当	内容
年 月 日	:				
年 月 日	:				
年 月 日	:				
年 月 日	:				
年 月 日	:				

## ⑧ ■ 交渉内容特記事項 ■

※契約者(借主)の主張、要望等その他共有が必要と思われる内容があればご記入ください

## ⑨ ■ 備考 ■

【書類送付先】 ※申請前に記入後本書面をコピーの上控えとして保管ください

〒108-8555  
 東京都港区芝浦4-9-25 芝浦スクエアビル  
 株式会社オリコフォレントインシュア  
 業務部 原状回復課宛

TEL:0570-030-655