

株式会社 アプラス 御中

## 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。			
氏名	フリガナ 印	生年月日 (法人契約の場合は 代表者の生年月日)	昭和・平成・西暦 年 月 日
住所	〒	電話番号	自宅
			勤務先
			携帯

【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】 ● 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。 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

(お客様氏名)

様

## 回答書

【信販会社記入欄】			年 月 日現在
お客様番号			
残一括代金額	円		
現在債権残高	円	戻し手数料	▲ 円
お支払期限	年 月 日		
確認事項	年 月迄の約定支払金は口座からの引落としとなります。		
備考			

ご注意 ※ 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あります。  
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。

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
-------------------------------	---	----	-----