

残債一括支払照会依頼書

私は、貴社が所有権を留保する車輛の残債を一括支払いする場合の精算金額等につきまして、以下の通り下記の取扱店を通じて照会依頼しますので、ご回答をお願い致します。

また、本問合せ後の「完済確認」についても、併せて同意しております。

【お客様ご記入欄】署名は必ずお客様自筆でご記入ください

フリガナ	現在の氏名・住所を 記入して下さい		捺印（認印）	生年月日	大正・昭和・平成	年	月	日
氏名			印					
住所	※法人の場合は、横版・丸印		電話番号	自宅	()			
				会社	()			

※車検証（写し）を必ず添付してください

【照会依頼取扱店記入欄】回答送付先			丸印又は角印	【照会依頼取扱店の方へ】	
取扱店	取扱店様 横版			免許証のコピーを添付。 免許証が無い場合はお客様の実印を捺印の上、印鑑証明のコピーを添付してFAXをお願い致します。	
担当者	※取扱店様の横版、丸印（角印）が				
電話番号	無い場合は回答が出来ません。				
FAX番号 ※必須	※FAXで回答しますので必ず記入をお願い致します。				
車輛情報	旭川599お1234（登録番号を記入）				
清算予定日	年	月	日	清算方法	①現金 ②銀行振込 ③その他 ()

《 回答書送付先 》

様・御中

回答書

残債の有無	車輛代等	無	有	ローン会社等		その他	
残債一括金額	A	円			令和	年	月 日現在
残債総額	B	円			振込先銀行		
戻し手数料	C	円		A = B - C			
確認事項	令和 年 月 日 お支払後の計算金額です。						
ご清算期限	令和 年 月 日						

北洋銀行 旭川中央支店
当座 1000059
旭川トヨタ自動車（株）

〈注意〉※※※清算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／支店名	連絡先		担当者	検印
旭川トヨタ自動車（株）	TEL	0166-22-6114		
	FAX	0166-22-6193		