

介護報酬ファクタリング・口座振替サービス 利用申込書(その①)

リコーリース株式会社 御中

申込時には、会社概要又はホームページのハードコピーを添付願います
※介護事業者証明書(指定通知書)の写し、商業登記簿謄本をご提出戴きます。

申込日		年 月 日		＜申込サービスの□にレ点をご記入下さい＞		
				□ 介護ファクタリング □ 口座振替サービス		
本社住所	〒 TEL:		FAX:			
	(カナ)		(漢字)			
法人名	(カナ)		代表印			
	(漢字)					
代表者名	(カナ)					
	(漢字)					
会社概要	設立	年 月	資本金	万円	従業員数	名
	事業内容	1)	2)	年商	百万円	
事業所住所 (複数ある場合は代表事業所をご記載ください)	〒 TEL:		FAX:			
	(カナ)		(漢字)			
事業所名 (複数ある場合は代表事業所をご記載ください)	(カナ)					
	(漢字)					
	事業所番号		請求先国保連			
利用者数等	□現在の介護利用者数(人)		□希望前払比率(%)*80%が上限となります			
取扱開始	年 月 国保請求分から希望		※取扱開始希望月の前月の介護利用分(年 月のサービス提供分)よ			
売上額見込	円～		円/月 平均売上月額		円	
介護サービスの分類(業態)	下記の介護業態「□」より、貴社のサービス分類(業態)をご選択下さい					
	□通所介護(デイサービス) □訪問介護 □グループホーム □訪問看護 □その他()					
弊社からのご連絡先	各種ご通知を送付致します。(債権買取計算書・債権買取残金計算書等)					
	またお送り頂きましたファクタリング代金ご請求手続きにつきまして問合せをさせて頂く為のご連絡先をご記入下さい。 (担当氏名)					
	TEL:		FAX:			
契約書類返送先 (契約書類等の返送先をご指定下さい。)	□本社住所		□事業所住所		□その他(※)	
	(※)契約書類返送先にてその他をご選択された場合は下記へ契約書類等返送先をご記入ください。					
その他ご連絡先	〒 TEL:		FAX:			
	住所:		名称: (宛先人名)			
口座振替サービス						
希望振替日	□4日		□20日		□20日・27日 □27日	
取引開始年月	年 月 振替から希望		その他()			

【確認事項】弊社(当法人)は、上記の記載項目に虚偽の申告をした場合には、貴社から契約解除されても異議を述べません。
また、貴社の審査によりこの契約が締結できなかった場合、又は貴社の受入れ条件が変更されても異議を述べません。

※裏面の個人情報に関する同意条項につきましてご一読頂き、ご了承の上本利用申込書をご記入下さい。

当社は、顧客(以下「顧客」という)より提供された氏名、年齢、生年月日、住所、電話番号、メールアドレス、勤務先等の情報(以下総称し「個人情報」という)を、保護措置を講じたうえで以下のとおり収集・利用します。ご承諾のうえ必要事項の記入をお願いいたします。

1. 個人情報の利用

(1)顧客は、当社及び当社の関連会社が以下の事業における目的のため、個人情報を利用することに同意します。

当社の事業	利用目的
物品のリース(賃貸)・販売(割賦)事業、ソリューションファイナンス事業、その他付帯事業	①商品・サービスに関する情報の提供及び提案 ②商品・サービスの提供 ③代金の請求・回収 ④商品・サービスの企画及び利用に関する調査、アンケート等のお願い及びその他の連絡 ⑤統計資料の作成 ⑥商品・サービスに関する宣伝物・印刷物の送付等の営業案内 ⑦商品・サービスに関する市場調査・商品開発のため
当社の関連会社	リクレス債権回収 株式会社

(2)顧客は、当社が保護措置を講じたうえでリコーグループが、上記の利用目的のために個人情報を共同して利用することに同意します。

※リコーグループの名称については、ホームページ(<http://www.r-lease.co.jp>)に掲載しております。

(3)コンビニ収納サービスをご利用の場合は、当社提携先のコンビニエンスストアチェーン本部と上記の利用目的のために個人情報を共同して利用することに同意します。

2. 個人情報に関する問合せ窓口

顧客の個人情報の開示・訂正・削除のお問合せや、利用・提供中止の申出等につきましては、以下「CSR推進室」の担当窓口にご連絡してください。開示手続き(受付方法・必要書類・手数料等)の詳細についてお答えします。

担当窓口:CSR推進室

住 所:〒135-8518 東京都江東区東雲1-7-12

電話番号:03-6204-0603

3. 集金代行サービス及び介護ファクタリングサービスに関する問合せ窓口

担当窓口:金融サービス事業部 決済ソリューション営業部

住 所:〒135-8518 東京都江東区東雲1-7-12

電話番号:0120-138-550 又は 03-6204-0672

リコーリース使用欄

<ファクタリングサービス利用申込書 その②>

○企業名・ファクタリングを希望する事業所についてご記載ください (※)10事業所を超える場合は別紙へご記入ください。

企業名				
	事業所名	事業所番号	利用介護ソフト	利用伝送ソフト
申込事業所①				
申込事業所②				
申込事業所③				
申込事業所④				
申込事業所⑤				
申込事業所⑥				
申込事業所⑦				
申込事業所⑧				
申込事業所⑨				
申込事業所⑩				

○代表者様のご経歴をご記載ください (※)会社設立3年未満の場合は必ずご記入ください。

年	月	経歴

○介護事業における資金計画についてご記載ください

・自己資金:		円		
・借入金:		円	⇒ 借入先:	
			期間	
				年

○租税(法人税・消費税等)・社会保険料の納付状況についてご記載ください

・ 租 税 ⇒ 納付済(未納無し)	・ 未納分有り(※1)	(※1)⇒未納有りの場合の未払金額:		円
・ 社会保険料 ⇒ 納付済(未納無し)	・ 未納分有り(※2:納付実績無)	・ 一部未納分有り(※3:分納にて支払中)		
	(※2・※3)⇒未納有りの場合の未払い額:			円
	(※3)分納支払中の場合は、分納計画がわかる書類(社会保険料等納入計算書等)を添付のこと			

○その他、下記内容についてご記載ください

①介護以外の事業を展開されておりますか?
 はい ・ いいえ

②上記「①」が「はい」の場合、その事業内容はどのようなものですか?
 ・事業内容 『 _____ 』・『 _____ 』・『 _____ 』

③上記「②」は別法人にて、事業展開されておりますか?
 はい ・ いいえ

④上記「③」が「はい」の場合、「企業名」「本社所在地」をご記入下さい。
 ・企業名 『 _____ 』 所在地 『 _____ 』

当社は、顧客(以下「顧客」という)より提供された氏名、年齢、生年月日、住所、電話番号、メールアドレス、勤務先等の情報(以下総称し「個人情報」という)を、保護措置を講じたうえで以下のとおり収集・利用します。ご承諾のうえ必要事項の記入をお願いいたします。

1. 個人情報の利用

(1) 顧客は、当社及び当社の関連会社が以下の事業における目的のため、個人情報を利用することに同意します。

当社の事業	利用目的
物品のリース(賃貸)・販売(割賦)事業、ソリューションファイナンス事業、その他付帯事業	①商品・サービスに関する情報の提供及び提案 ②商品・サービスの提供 ③代金の請求・回収 ④商品・サービスの企画及び利用に関する調査アンケート等のお願い及びその他の連絡 ⑤統計資料の作成 ⑥商品・サービスに関する宣伝物・印刷物の送付等の営業案内 ⑦商品・サービスに関する市場調査・商品開発
当社の関連会社	リクレス債権回収 株式会社

(2) 顧客は、当社が保護措置を講じたうえでリコーグループが、上記の利用目的のために個人情報を共同して利用することに同意します。

※リコーグループの名称については、ホームページ(<http://www.r-lease.co.jp>)に掲載しております。

(3) コンビニ収納サービスをご利用の場合は、当社提携先のコンビニエンスストアチェーン本部と上記の利用目的のために個人情報を共同して利用することに同意します。

2. 個人情報に関する問合せ窓口

顧客の個人情報の開示・訂正・削除のお問合せや、利用・提供中止の申出等につきましては、以下「CSR推進室」の担当窓口に連絡してください。開示手続き(受付方法・必要書類・手数料等)の詳細についてお答えします。

担当窓口: CSR推進室

住 所: 〒135-8518 東京都江東区東雲1-7-12

電話番号: 03-6204-0603

3. 集金代行サービス及び介護ファクタリングサービスに関する問合せ窓口

担当窓口: 金融サービス事業部 決済ソリューション営業部

住 所: 〒135-8518 東京都江東区東雲1-7-12

電話番号: 0120-138-550 又は 03-6204-0672

リコーリース使用欄