

V. 代表者および保証人等の変更手続きについて

「平成29年事業報告書」の報告項目のうち、以下の項目について変更があった場合、以下の【手続き方法】に従い、手続きを行ってください。

- ☞ 名称(氏名)、住所、法人の代表者……………【手続き方法】1 参照
- ☞ 融資対象施設の名称、住所の変更……………【手続き方法】2 参照
- ☞ 電話番号／FAX番号の変更……………【手続き方法】2 参照
- ☞ 連帯保証人の変更……………【手続き方法】3 参照

※ 既に機構への手続きを行っている場合は、必要ございません。

※ 平成29年度中に変更があった事項に限らず、現状において機構への申請・届出内容等に変更が生じている場合については、手続きをお取りください。

※ 担保物件について変動があった場合については、別途、顧客業務部顧客業務課あてお問い合わせください。

【手続き方法】

1 名称(氏名)、住所、法人の代表者の変更

次の書類を提出してください。

- 名称等変更届(別添)
- 法人の登記簿謄本(履歴事項全部証明書)※ 写し可

[注] 1. 名称等変更届の記入方法は、別添「名称等変更届(記載注意)」をご参照ください。

[注] 2. 法人の代表者の変更であって、代表者が連帯保証人となっているお借入の場合については、別途、連帯保証人の変更の手続きが必要となりますので、「3.連帯保証人の変更」の手続きを併せてお願いします。

2 融資対象施設の名称、住所の変更／電話番号／FAX番号の変更

次の書類を提出してください。

- 名称等変更届(別添)

[注] 施設の情報(住所・電話番号等)を変更する場合は、施設名もご記入ください。

3 連帯保証人の変更

次の書類を提出してください。

なお、機構の担当者から電話にて照会させていただきますので、担当者名および連絡先を明記してください。

- 貸付条件変更承認申請書(別添)
- 連帯保証人承諾書(別添)
※自署のうえ印鑑登録している実印を押印ください。

- 変更事項に関する理事会の議事録
- 印鑑証明書(新たに保証人になれる方のみ)

※発行後3か月以内のもの。借入者及び継続される保証人の方については、別途ご提出を依頼いたします。

[注] 1. 貸付条件変更承認申請書および連帯保証人承諾書の記入方法は、別添「貸付条件変更承認申請書(記載注意)」および「連帯保証人承諾書(記載注意)」をご参照ください。

[注] 2. 法人の場合であって、連帯保証人を立ててのお借入の場合については、代表者が原則として連帯保証人に加入していただくことになっています。

※ 上記以外に、内容確認等に必要な書類がある場合には、別途ご連絡いたします。

【お問い合わせ先】

〒105-8486

東京都港区虎ノ門四丁目3番13号 ヒューリック神谷町ビル9F

独立行政法人 福祉医療機構 顧客業務部顧客業務課

TEL 03-3438-9939

名 称 等 変 更 届

貸付番号	
------	--

変更前 <small>※変更箇所をご記入下さい</small>	法人名※必須		法人名(カナ)		
	郵便番号		住 所		
	電話番号		FAX番号		
	施設名※必須		施設名(カナ)		
	郵便番号		住 所		
	電話番号		FAX番号		
	○代表者情報				
	代表者名		代表者名(カナ)		
	役 職		生年月日		
	○その他(償還元金利等払込案内送付先)				
郵便番号		住 所			
電話番号					

変更後 (必須) <small>※変更箇所をご記入下さい</small>	法人名		法人名(カナ)		
	郵便番号		住 所		
	電話番号		FAX番号		
	施設名		施設名(カナ)		
	郵便番号		住 所		
	電話番号		FAX番号		
	○代表者情報				
	代表者名		代表者名(カナ)		
	役 職		生年月日		
	○その他(償還元金利等払込案内送付先)				
郵便番号		住 所			
電話番号					

変更事由	
<p>上記内容について変更したので、関係書類を添えてお届けします。</p> <p>〇〇 年 〇〇月 〇〇日</p> <p style="text-align: center;">住 所 名 称 または氏名 代表者 印</p> <p>独立行政法人福祉医療機構 理事長 様</p>	

(注) 法人の場合、「名称」、「住所」、「代表者」が変更した場合は、必ず次の資料を添付してください。

1. 法人の登記簿謄本

なお、代表者に変更があった場合は、別途保証人の変更が生じる場合がありますので、機構の指示に従ってください。

(内容照会先) 担当者名		電話番号	
--------------	--	------	--

年 月 日

独立行政法人福祉医療機構理事長 様

住 所

名 称
代表者 又は氏名

実印

貸付条件変更承認申請書

下記のとおり貸付条件を変更願いたく申請します。

貸付番号			
資金種類	資金	資金	資金
貸付契約年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
借入(内定)額	千円	千円	千円
借入金残高	千円	千円	千円
変更事項	現在の条件	変更後の条件	
1 担保物件 2 保証人 3 その他 () ()			
変更理由			

添付書類

- 1 担保を変更する場合には、新担保物件の登記簿謄本を添付してください。
- 2 連帯保証人を変更する場合には、新連帯保証人の連帯保証人承諾書及び変更事項に関する理事会の議事録(写)を添付してください。

連帯保証人承諾書

平成 年 月 日

独立行政法人福祉医療機構 理事長 様

私は、下記債務について、保証人不要制度(一定利率を上乗せすることで連帯保証人を不要とする制度(融資実行後は、保証人不要制度から保証人制度への変更は不可。))、または保証人制度が選択できることを了解したうえで、自発的に連帯保証人の申出を行い、連帯保証人に加入することを承諾いたします。

あわせて、当該債務に係る独立行政法人福祉医療機構の融資審査、契約および債権管理業務に限り私の個人情報を取り扱うことに同意します。

記

<連帯保証の対象となる債務の概要>

借 入 先	独立行政法人福祉医療機構
借 入 申 込 法 人 名	
借 入 対 象 施 設 名	
借 入 金 の 使 途	

<連帯保証人の概要>

〔フリガナ〕		
住 所 (※)	〒 -	
〔フリガナ〕		
氏 名 (※)	実印	
	〔生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日〕	
連 絡 先 (※)		
	〔電話() - () - ()〕	
借 入 申 込 法 人 と の 関 係		理 事 長 と の 関 係

注(※)欄は必ず承諾者本人が署名のうえ、実印を捺印してください。

連帯保証人承諾書

平成 年 月 日

独立行政法人福祉医療機構 理事長 様

記入が完了した日をご記入ください。

私は、下記債務について、保証人不要制度(一定利率を上乗せすることで連帯保証人を不要とする制度(融資実行後は、保証人不要制度から保証人制度への変更は不可。))、または保証人制度が選択できることを了解したうえで、自発的に連帯保証人の申出を行い、連帯保証人に加入することを承諾いたします。

あわせて、当該債務に係る独立行政法人福祉医療機構の融資審査、契約および債権管理業務に限り私の個人情報を取り扱うことに同意します。

記

<連帯保証の対象となる債務の概要>

借 入 先	独立行政法人福祉医療機構
借 入 申 込 法 人 名	金銭消費貸借契約証書を参考にご記入ください。 お借入が複数ある場合は、並べてご記入ください。
借 入 対 象 施 設 名	
借 入 金 の 使 途	

<連帯保証人の概要>

〔フリガナ〕		
住 所 (※)	〒 -	
〔フリガナ〕	住所・氏名・生年月日・連絡先は必ず承諾者本人が署名願います。	
氏 名 (※)		
連 絡 先 (※)	「生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日」 最終的な保証の意思確認をお電話にてさせていただきますので、日中連絡が取れる場所の電話番号をご記入ください。	
	〔電話 () - () - () 〕	
借 入 申 込 法 人 と の 関 係		理事長との 関 係

注(※)欄は必ず承諾者本人が署名のうえ、実印を捺印してください。

連 帯 保 証 人 承 諾 書

独立行政法人福祉医療機構 理事長 様

平成 年 月 日

私は、下記債務について、保証人不要制度(一定利率を上乗せすることで連帯保証人を不要とする制度(融資実行後は、保証人不要制度から保証人制度への変更は不可。))、または保証人制度が選択できることを了解したうえで、自発的に連帯保証人の申出を行い、連帯保証人に加入することを承諾いたします。
あわせて、当該債務に係る独立行政法人福祉医療機構の融資審査、契約および債権管理業務に限り私の個人情報を取り扱うことに同意します。

<連帯保証の対象となる債務の概要>

借 入 先	独立行政法人福祉医療機構
借 入 申 込 法 人 名	
借 入 対 象 施 設 名	
借 入 金 の 使 途	

[フリガナ] 住 所 (※)	〒 —
[フリガナ] 氏 名 (※)	<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;">実 印</div> 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日(歳)
連 絡 先	電話() —
借入申込者との関係	
職 業 (勤 務 先)	
略 歴	年 月
	年 月
	年 月
	年 月
	年 月
	年 月
	年 月
	年 月

(注) (※) 欄につきましては、必ず本人が自署のうえ、印鑑登録をしている実印を捺印してください。

連 帯 保 証 人 承 諾 書

記入が完了した日をご記入ください。

独立行政法人福祉医療機構 理事長 様

平成 年 月 日

私は、下記債務について、保証人不要制度（一定利率を上乗せすることで連帯保証人を不要とする制度（融資実行後は、保証人不要制度から保証人制度への変更は不可。）、または保証人制度が選択できることを了解したうえで、自発的に連帯保証人の申出を行い、連帯保証人に加入することを承諾いたします。あわせて、当該債務に係る独立行政法人福祉医療機構の融資審査、契約および債権管理業務に限り私の個人情報を取り扱うことに同意します。

<連帯保証の対象となる債務の概要>

借 入 先	独立行政法人福祉医療機構
借入申込法人名	金銭消費貸借契約証書を参考にご記入ください。 お借入が複数ある場合は、並べてご記入ください。
借入対象施設名	
借入金 の 使 途	

[フリガナ] 住 所 (※)												
	住所・氏名・生年月日は必ず承諾者本人が署名願います。											
[フリガナ] 氏 名 (※)												実 印
	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日(歳)											
連 絡 先	電話(最終的な保証の意思確認をお電話にてさせていただきますので、日中連絡が取れる場所の電話番号をご記入ください。
借入申込者との関係												
職 業 (勤 務 先)												
略 歴	年 月											
	年 月	最終学歴および職歴をご記入ください。										
	年 月											
	年 月											
	年 月											
	年 月											
	年 月											

(注) (※) 欄につきましては、必ず本人が自署のうえ、印鑑登録をしている実印を捺印してください。