

独立行政法人福祉医療機構 長期運転資金(災害復旧資金)
借入申込書

捨印

平成 年 月 日

独立行政法人福祉医療機構
理事長 殿

□□□□-□□□□ 電話()-()-()

ふりがな
現住所

ふりがな
氏名

(法人の場合は名称及び代表者名)

生年月日 明治 年 月 日生(才)
大正
昭和 大正
昭和 平成

(法人の場合は法人設立年月日) 年 月 日 設立

事務担当者
役職名及び氏名
連絡先 電話() - FAX() -

実印

下記のとおり借入れの申込みを致します。

資金使途 (該当するものに○をかくす)	(罹災証明書がある場合) 具体的な資金使途を記入願います (例) 震災の影響で収入が減少し、人件費等の支払が困難になった	借入申込希望額 千円 (診療報酬債権額等の3ヶ月分が融資限度額となります。限度額については決算書等で確認させていただきます)
	(罹災証明書がない場合) 別紙「災害復旧資金に伴う長期運転資金申請書」を提出願います	借入希望時期 平成 年 月 償還期間 (15年以内) (据置期間) (5年以内) 年 (年 月)
担保	1 不動産担保…別紙「担保物件の状況」のとおり 2 診療報酬債権等 3 無担保 (3,000万円まで)	個人保証の選択 1 保証人不要制度 2 個人保証 名…別紙「連帯保証人承諾書」のとおり ※個人保証がない場合は、融資利率に+0.2%上乗せとなります。但し、無担保・無保証人の貸付条件を選択できるのは、個人に対する貸付に限ります
管理者名		管理者医籍登録番号
施設名称		開設年月日
施設開設地	□□□□-□□□□	電話()-()-()
施設の種類	病院 一般診療所 歯科診療所 介護老人保健施設 助産所 医療従事者養成施設 薬局 (該当する施設を○で囲ってください)	
病床数	総数 床	一般 床 療養 床 うち医療療養 床 うち介護療養 床 精神 床 介護老人保健施設 人 その他() 床
社会保険診療報酬	医科診療 歯科診療 介護報酬 特定健診 特定保健指導	診療報酬等債権月額 (昨年度平均) 千円

(※) 各種税金、社会保険料、源泉取得税等の滞納について (いずれかに○を記入願います)
上記の滞納が ある () ない ()