

# 独立行政法人福祉医療機構資金 借入申込書(災害復旧資金)

[直接貸付用—医療貸付資金様式]

捨

独立行政法人福祉医療機構 理事長 殿

機構提出日

年 月 日

[フリガナ]														
住所	〒 - 電話 - -													
[フリガナ]														
法人の名称	[法人設立年月日 明・大・昭・平 年 月 日]													
[フリガナ]														
氏名 (法人の場合は代表者)	[生年月日 明・大・昭 年 月 日 ( 歳)]													
連絡先及び 事務担当者	連絡先住所	〒 -						電話	- -					
	氏名 (役職名)	( )						FAX	- -					
借入申込施設 (該当施設に○で 囲ってください)	施設種類						施設名称							
	病院 一般 歯科 介護老人 助産所 医療 従事者 養成施設 薬局 診療所 診療所 保健施設													
借入申込額	建築資金				機械購入資金				長期運転資金					
	千円				千円				千円					
(うち土地 )														

担保 (該当する番号に○ で囲ってください)	建築資金	機械購入資金	長期運転資金
	1.不動産担保・・・別紙「担保物件の状況」を提出願います 2.無担保(1,000万円まで)	1.不動産担保・・・別紙「担保物件の状況」を提出願います 2.不動産担保+動産担保 3.診療報酬債権 4.無担保(1,000万円まで)	1.不動産担保・・・別紙「担保物件の状況」を提出願います 2.診療報酬債権等 3.無担保(3,000万円まで)
保証の選択 (該当する番号に○ で囲ってください)	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		※連帯保証の有無により利率が変わりますのでご注意ください。 ※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。

## ○借入希望条件

資金の種類	借入希望時期	償還期間(据置期間)	金利の選択 (該当する番号に○を 囲ってください)	償還方法 (該当する番号に○ を囲ってください)
建築資金	年 月	年 月 (うち据置期間 年 月)	1.完全固定金利制度 2.10年経過ごと金利見直し制度	1.毎月償還 2.3ヶ月償還
機械購入資金	年 月	年 月 (うち据置期間 年 月)		1.毎月償還 2.3ヶ月償還
長期運転資金	年 月	年 月 (うち据置期間 年 月)		