

独立行政法人福祉医療機構資金 [直接貸付用—医療貸付資金様式]  
借入申込書(災害復旧資金)



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] ト ウ キ ヨ ウ ト ミ ナ ト ク ト ラ ノ モ ン  
住所 〒 105 - 8486 電話 03 - 3438 - 9940  
東京都港区虎ノ門4-3-13 ヒューリック神谷町ビル9階

[フリガナ] イ リ ヨ ウ ホ ウ ジ ン ワ ム  
法人の名称 医療法人WAM  
[法人設立年月日 明・大(昭)・平 40年 3月 15日]

[フリガナ] カ ミ ヤ タ ロ ウ  
氏名 理事長 神谷 太郎  
(法人の場合は代表者) [生年月日 明・大(昭) 30年 4月 25日 (59歳)]

連絡先及び事務担当者  
連絡先住所 〒 同 上 電話 03 - 3438 - 0111  
氏名(役職名) 虎ノ門 次郎 FAX 03 - 3438 - 0659  
事務主任

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 WAM東京病院

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  
1 2 5 0 0 0 1 0 0 0 0 1 0 0 0 0  
(うち土地)

担保 (該当する番号に○で囲ってください)  
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)  
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	26年 10月	15年 ヶ月 (うち据置期間 2年 ヶ月)	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	26年 10月	10年 ヶ月 (うち据置期間 2年 ヶ月)		1. 毎月償還 2. 3ヶ月償還
長期運転資金	26年 6月	7年 ヶ月 (うち据置期間 1年 ヶ月)		