

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									
実印									
(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) 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() -									
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 (2,000万円まで)			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+0.15%上乘せとなります。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 (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 ()