

# 【記載例】

## 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 28年 6月 1日

独立行政法人福祉医療機構  
理事長 殿

-

ふりがな  
現住所

東京都港区虎ノ門4-3-13

氏名 医療法人WAM 理事長 神谷 太郎

(法人の場合は名称及び代表者名)

生年月日 明治 30年 4月 25日生 (59才)

(法人の場合は法人設立年月日) 大正 昭和 40年 3月 15日 設立

事務担当者 神谷 次郎  
 役職名及び氏名 事務主任  
 連絡先 電話 (03) 3438 -0111 FAX (03) 3438 - 0659

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○でかこつけてください)	(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) 地震の影響で収入が減少し、人件費等の支払が困難になった (地震に伴う停電の影響で営業時間が短縮されたことにより、収入が減少し、薬材費等の支払が困難になった)	借入申込希望額 <p style="text-align: center; font-size: 1.2em;">100,000千円</p> (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 <p style="text-align: center;">平成 28年 7月</p> 償還期間 (15年以内) (据置期間) (5年以内) <p style="text-align: center;">8年 ( 1年 月)</p>	
担 保	1 不動産担保…別紙「担保物件の状況」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」とおり ※個人保証がない場合は、融資利率に+0.15%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	神谷 太郎	管理者医籍登録番号	000123
施 設 の 称	WAM東京病院	開 年 月 日	昭和57年4月1日
施 設 の 地	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="5"/> - <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="6"/> 東京都港区虎ノ門4-3-13 <p style="text-align: right;">電話 ( 03 ) - ( 3438 ) - ( 9940 )</p>		
施 設 の 類	<input checked="" type="radio"/> 病院 <input type="radio"/> 一般診療所 <input type="radio"/> 歯科診療所 <input type="radio"/> 介護老人保健施設 <input type="radio"/> 助産所 <input type="radio"/> 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 200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	<input checked="" type="radio"/> 医科診療 <input type="radio"/> 歯科診療 <input type="radio"/> 介護報酬 <input type="radio"/> 特定健診 <input type="radio"/> 特定保健指導	診療報酬等債権月額 (昨年度平均) 40,000千円	

(※) 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 ( ○ )

# 【記載例】

## 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 28年 6月 1日

独立行政法人福祉医療機構  
理事長 殿

1 0 5 - 8 4 8 6

電話(03)-(3438)-(9940)

ふりがな  
現住所

とうきょうとみなとくらのものん  
東京都港区虎ノ門4-3-13

ふりがな かみや はなこ  
氏名 神谷 花子

実印

(法人の場合は名称及び代表者名)

生年月日 明治 40年 4月 2日生(49才)  
昭和 大正

(法人の場合は法人設立年月日) 平成 年 月 日 設立

事務担当者 同上

役職名及び氏名 同上

連絡先 電話(03)3438-9940 FAX(03)3438-0659

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○をかくって ください)	(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)地震の影響で収入が減少し、人件費等の支払が 困難になった  (地震に伴う停電の影響で営業時間が短縮された ことにより、収入が減少し、薬材費等の支払が 困難になった)	借入申込希望額  10,000千円  (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 28年 7月 償還期間(15年以内) (据置期間)(5年以内) 7年(1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 1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	神谷 花子	管理者医籍 登録番号
施設名	WAM歯科クリニック	開年 月 日 平成15年10月1日
施設開設地	1 0 5 - 8 4 8 6 東京都港区虎ノ門4-3-13 電話(03)-(3438)-(9940)	
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 一般 療養 うち医療療養 うち介護療養 床 床 床 床 床 床 精神 介護老人保健施設 その他( ) 床 人 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) 3,500千円

(※) 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(○)