（独）福祉医療機構　福祉医療貸付部　契約課　または　大阪支店　契約課　行

|  |  |
| --- | --- |
| ＦＡＸ番号 | 東京本部　03‐3438‐0583　（東日本のお客さま）大阪支店　06‐6252‐0257　（西日本のお客さま） |

※番号はお間違えのないように、ご注意ください。

**医療貸付資金 融資の希望時期等について**

（注意事項）

　１　この用紙は、融資の希望時期を調査するための書類です。融資時期を保証するものではありません。

　２　当機構の資金枠やお客様の担保力等の関係から、ご希望に添えない場合がありますので、予めご了承ください。

　３　ここに記載した支払予定に変更があった場合は、速やかに当機構の担当者にお知らせください。

１　貸付内定者（法人）名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 都道府県 | 貸付番号 |
| 名 称 |  |

２　担当者名等

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 役職 | 電話番号 |
| 名 称 |  |

３　工事請負契約等の状況、ご融資の希望時期・融資額

|  |  |
| --- | --- |
| 工事請負契約の締結予定時期 | 　　　　　年　　　月　　　日（予定） |
| 工事予定期間 | 着工：　　　　年　　月 | 竣工：　　　　年　　月 |
| 建築確認申請の確認済証の交付予定時期 | 　　　　　年　　　月　　　日（予定） |
| 出資金の入金予定時期※内定通知書「その他の条件」に該当している場合のみ | 　　　　　年　　　月　　　日（予定） |
| 法人の設立認可予定時期※創設法人の場合のみ記載してください | 　　　　　年　　　月　　　日（予定） |
| 融資の希望時期・融資額 | 　　　　　年　　　月 下旬 | 　　　　　　　　　　　，０ ０ ０ 千 円 |
| 　　　　　年　　　月 下旬 | 　　　　　　　　　　　，０ ０ ０ 千 円 |
| 　　　　　年　　　月 下旬 | 　　　　　　　　　　　，０ ０ ０ 千 円 |
| 　　　　　年　　　月 下旬 | 　　　　　　　　　　　，０ ０ ０ 千 円 |
| 　　　　　年　　　月 下旬 | 　　　　　　　　　　　，０ ０ ０ 千 円 |
| 合　計 | 　　　　　　　　　　　，０ ０ ０ 千 円 |

《 記入上の注意点 》

（１）当機構の借入金入金後１か月以内に支払うか、または、既に支払ったもの（金融機関のつなぎ資金の返済分を含む）への戻入れとなるようにしてください。

（２）貸付内定通知書で特別の条件が付された場合には、その条件履行後に当機構との金銭消費貸借契約を締結することになっています。

　　　　　（例）・出資金　　　　　　　　→　出資金の入金確認後に契約します

　　　　　　　　・法人の設立認可　　　　→　設立認可を確認後に契約します

　　　　　　　　・融資建物の登記確認後　→　融資建物の登記完了後に契約します

（３）当機構の最終交付は竣工後２か月後を目途に設定してください。

４　火災保険

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 火災保険の加入予定※いずれかにチェックレしてください※「火災保険契約及び質権設定について」をご一読ください※検討中のお客様には後日確認させていただきます |  □　特約火災保険 | 　　□　説明希望書を提出済みです　　□　説明を希望します　　　　 ※説明希望書を提出します　 |
| 　　 □　一般火災保険　　 | 火災保険会社名　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
|  □　検討中 | 　 特約火災保険制度の　　□　説明希望書を提出済みです　　□　説明を希望します　　　　 ※説明希望書を提出します　　□　説明は不要です　 |