

# 【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

令和 6年 1月 12日

独立行政法人福祉医療機構  
理事長 殿

〒105-8486

電話(03)-(3438)-(9940)

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 昭和 30年 4月 25日生 (68才)

(法人の場合は法人設立年月日) 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)	(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  100,000千円  ※貸付限度額は、貸付対象施設等によって異なります。
	(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 令和 6年 7月  償還期間 (15年以内) (据置期間) (5年以内) 8年 ( 1年 月)
担保	<input checked="" type="radio"/> 1 不動産担保…別紙「担保物件の状況」のとおり <input type="radio"/> 2 診療報酬債権等 <input type="radio"/> 3 無担保 (2,000万円まで) ※貸付限度額は、貸付対象施設等によって異なります。	<input checked="" type="radio"/> 1 保証人不要制度 <input type="radio"/> 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%上乗せとなります。
管理者名	神谷 太郎	管理者医籍登録番号 000123
施設名称	WAM東京病院	開年 月 日 昭和57年4月1日
施設開設地	〒105-8486 東京都港区虎ノ門4-3-13  電話 (03) - (3438) - (9940)	
施設の種類	<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	診療報酬等債権月額 (昨年度平均) 40,000千円
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	

(※) 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

令和 6年 1月 12日

独立行政法人福祉医療機構  
理事長 殿

1 0 5 - 8 4 8 6  
ふりがな  
現住所

電話(03)-(3438)-(9940)

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

(法人の場合は名称及び代表者名)

生年月日 昭和 40年 4月 2日生(58才)

(法人の場合は法人設立年月日) 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○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  10,000千円 (病院・診療所・介護医療院・介護老人保健施設：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。) (助産所：1,600千円、医療従事者養成施設：2,400千円、指定訪問看護事業：10,000千円が融資限度額となります。)
	(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 令和 6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。
管理者名	神谷 花子	管理者医籍登録番号
施設名称	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 <b>歯科診療所</b> 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 <b>歯科診療</b> 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(○)