年　 　月　 　日

　　　　　　 　　　　　　　　　　様

住所

氏名又は法人名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日(個人の場合)

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連 絡 先 電話（　　）－（　　）－（　　）

施設建築及び抵当権設定にかかる確認書

下記土地についての貴法人の使用権限に関し、以下のとおり確認しております。なお、貴法人が地代の支払いを怠る等貸借契約の解除要件に該当する行為があった場合、貸借契約を解除する前に独立行政法人福祉医療機構に対して連絡いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 確　認　事　項 | 諾否等の確認（※） |
| １．　　　　　　　　　施設を建築することについて |  | 承諾します |  |
| ２．上記１の建物に独立行政法人福祉医療機構が抵当権を設定することについて |  | 承諾します |  |
| ３．貸与する下記土地に対し、貴法人が地上権又は賃借権の登記を行なうことについて(定期借地権は賃借権に含まれます。) |  | 地上権の登記に承諾します |  | 賃借権の登記に承諾します |
| ４．貴法人が独立行政法人福祉医療機構による上記１の施設の設置・整備資金等の借入に際し、下記土地の所有権に独立行政法人福祉医療機構が抵当権を設定することについて |  | 承諾します |  | 承諾しません |

（※1）土地所有者（貸主）の実印で押印してください。なお、３及び４の事項については、いずれかの欄に押印してください。

（※2）４の事項において、当該土地における抵当権設定を承諾された場合、当該内容につきましてご連絡を差し上げることが

あります。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 土　地　の　表　示 | 所　　在 | 地　　番 | 地　目 | 地　　積 |
|  |  |  | ㎡ |
|  |  |  | ㎡ |
|  |  |  | ㎡ |
|  |  |  | ㎡ |
|  |  |  | ㎡ |
|  |  |  | ㎡ |
|  |  |  | ㎡ |
|  |  |  | ㎡ |

※記入欄が不足する場合は用紙をコピーのうえ記載してください。