

独立行政法人福祉医療機構資金 借入申込書（災害復旧資金）

[直接貸付用—医療貸付資金様式]

独立行政法人福祉医療機構 理事長 殿										機 構 提 出 日		年		月		日	
[フリガナ]																	
住 所		〒 — 電話 — —															
[フリガナ]																	
法人の名称		[法人設立年月日 年 月 日]															
[フリガナ]																	
氏 名 (法人の場合は代表者)		[生年月日 年 月 日 歳]															
連絡先及び 事務担当者		連絡先住所				〒 —				電話				— —			
		氏 名 (役 職 名)				()				FAX				— —			
借入申込施設 (該当施設に○で 囲ってください)		施 設 種 類								施 設 名 称							
		病院 一般 歯科 介護老人 助産所 医療従事者 診療所 診療所 保健施設															
借 入 申 込 額		建 築 資 金				機 械 購 入 資 金				長 期 運 転 資 金							
		千円				千円				千円							
		(うち土地)															

		建 築 資 金				機 械 購 入 資 金				長 期 運 転 資 金			
担保 (該当する番号に ○で囲ってくださ い)		1.不動産担保・・・別紙「担保物件 の状況」を提出願います				1.不動産担保・・・別紙「担保物件 の状況」を提出願います				1.不動産担保・・・別紙「担保 物件の状況」を提出願いま す			
		2.無担保(3,000万円まで) ※貸付限度額は、貸付対象施設等 によって異なります。				2.不動産担保+動産担保				2.診療報酬債権等			
						3.診療報酬債権				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。			
保証の選択 (該当する番号に ○で囲ってくださ い)		1. 保証人不要制度				※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。							
		2. 個人保証 _____ 名 … 別紙「連帯保証人承諾書」のとおり											

○借入希望条件

資金の種類	借入希望時期	償還期間(据置期間)	金利の選択 (該当する番号に○を囲ってくださ い)	償還方法 (該当する番号に○ を囲ってください)
建 築 資 金	年 月	年 月 (うち据置期間 年 月)	1. 完全固定金利制度 2. 10年経過ごと金利見直し制度	1. 毎月償還 2. 3ヶ月償還
機 械 購 入 資 金	年 月	年 月 (うち据置期間 年 月)		1. 毎月償還 2. 3ヶ月償還
長 期 運 転 資 金	年 月	年 月 (うち据置期間 年 月)		