

【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 1 2 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 (0 3) - (3 4 3 8) - (9 9 4 0)									
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 - 1 3									
ふりがな氏名 医療法人WAM 理事長 かみや 太郎									
(法人の場合は名称及び代表者名)									
生年月日 昭和 3 0 年 4 月 2 5 日生 (6 8 才)									
(法人の場合は法人設立年月日) 昭和 4 0 年 3 月 1 5 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 F A X (03) 3438 - 0659									
下記のとおり借入れの申込みを致します。									
て資金使途 ください (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	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) ※貸付限度額は、貸付対象施設等によって異なります。				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」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 氏 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 開 設 地	1 0 5 - 8 4 8 6 東京都港区虎ノ門 4 - 3 - 1 3 電話 (0 3) - (3 4 3 8) - (9 9 4 0)								
施 設 の 類	① 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 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	① 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) 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

令和 6 年 1 月 1 2 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 (0 3) — (3 4 3 8) — (9 9 4 0)				
現住所			東京都港区虎ノ門 4 - 3 - 1 3						
氏名			神谷 花子						
(法人の場合は名称及び代表者名)									
生年月日			4 0 年 4 月 2 日生 (4 9 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 F A X (03) 3438 - 0659									
下記のとおり借入れの申込みを致します。									
い資金使途 (該当するものに○でかこつてくださ	(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 氏 名	神谷 花子					管理者医籍登録番号			
施 設 の 称	WAM歯科クリニック					開 年 月 日	平成15年10月1日		
施 設 の 地 開 設 地	1 0 5 - 8 4 8 6 東京都港区虎ノ門 4 - 3 - 1 3 電話 (0 3) — (3 4 3 8) — (9 9 4 0)								
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 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 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 (○)