

独立行政法人福祉医療機構 理事長 様

記入日を記載してください。

住所 ○○県○○市○○町○-○-○
名称 医療法人 ○○会
代表者または氏名 理事長 山田 太郎

事務担当者： 鈴木 二郎

TEL: 00 (XXXX) XXXX

FAX: 00 (XXXX) XXXX

金額の前「¥」
マークを記入して
ください。

資金交付請求書(医療貸付用)

下記のとおり支払を行いますので資金交付を請求いたします。

貸付番号	20XX10000							
資金交付請求額	百億	十億	億	千	百	拾	万	千円也
	¥	5	0	0	0	0	0	
金融機関名	○○	銀行・信用金庫 信用組合・農協	○○	支店 支所				
預金種別	① 普通 2 当座	口座番号	0123456					
口座名義	(フリガナ)	イ) ○○カイ リジチョウ ヤマダ タロウ 医療法人 ○○会 理事長 山田太郎						

今回の資金交付額で充当予定の支払先・支払金額		
支払(予定)年月日	支払先 (業者等への支払い、借入金返済、自己資金戻入等)	支払金額
令和 XX年XX月XX日	○○銀行	300,000 千円
令和 XX年XX月XX日	△△設計事務所	15,000 千円
令和 XX年XX月XX日	○○建設	200,000 千円
		千円
		千円
	合計	515,000 千円

業者等への支払日は、資金
交付後1ヶ月を超えないよう
ご注意ください。業者等へ支払う金額の合計額
が、資金交付請求額を下回ら
ないようご注意ください。

※本口座の通帳の写しを必ず添付してください。〔表紙(口座名・口座番号が記載されているもの。)及び取扱店名・電話番号が印字されているページの写し〕

なお、2回以降の資金交付請求において、前回と口座及び口座名義の変更がない場合は、本口座の通帳の写しの添付は不要です。

注) 1 送金先預金口座は、借入者(法人名)が入っている口座に限ります。

2 口座名義のフリガナ欄は必ず記入してください。