

連 帯 保 証 人 承 諾 書 (医療貸付用)

独立行政法人福祉医療機構 理事長 様 **記載日をご記入ください** 年 月 日

私は、下記債務について、保証人不要制度(一定利率を上乗せすることで連帯保証人を不要とする制度(融資実行後は、保証人不要制度から保証人制度への変更は不可。))、または保証人制度が選択できることを了解したうえで、自発的に連帯保証人の申出を行い、連帯保証人に加入することを承諾いたします。

あわせて、当該債務に係る独立行政法人福祉医療機構の融資審査、契約および債権管理業務に限り、私の個人情報を取り扱うことに同意します。

<連帯保証の対象となる債務の概要>

借 入 先	独立行政法人福祉医療機構	借入金の用途	新型コロナウイルス感染症の影響に伴う長期運転資金
借入申込者名	複数お借り入れがある場合は、並べてご記入ください。		
借入対象施設名			

<連帯保証人となる方の住所・氏名等> ※太枠内は印鑑証明書どおりに自署のうえ、印鑑登録している実印を捺印してください。

[ふりがな] 住 所	住所・氏名・生年月日・連絡先は承諾本人の自署が必要となります。
[ふりがな] 氏 名	最終的な保証の意思確認をお電話にてさせていただきますので、日中連絡が取れる電話番号をご記入ください。
生年月日	年 月 日 (歳)
日中連絡がとれる連絡先	電話 ()
借入申込者との関係	<input checked="" type="checkbox"/> ① 連帯保証人となる方と借入申込者との関係について、1～3のいずれかに☑を付けてください。 <input type="checkbox"/> 1. 法人役員 <input type="checkbox"/> 2. 配偶者 <input type="checkbox"/> 3. その他 () <small>※「その他」を選択する場合は括弧内に具体的な関係をご記入ください。(例)子・後継予定者、知人等</small>
職業(勤務先)	
当該事業への関与状況	<input type="checkbox"/> 借入申込者が行う事業に現に従事しており当該事業の経営状況を把握している。 ↑ 経営や施設の業務に関与していない第三者の保証人の場合はチェック不要です。

※経営や施設の業務に関与していない第三者の保証人

情報提供を受けた場合は、チェックを入れてください。

<連帯保証人に対する財産および収支状況等に関する情報提供> ※次に該当する場合は☑を付けてください。

連帯保証人に対する財産および収支状況等に関する情報提供の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 借入申込者から借入申込者の(1)財産・収支の状況、(2)上記債務以外の債務(債務の有無、債務の額、その債務の履行状況)および(3)担保提供するものに関して、次の資料に基づき、正確かつ十分な内容をもって情報の提供を受けている。
(1) 財産・収支の状況	①直近の「決算報告書」 ②直近の「確定申告書」 ③直近月末の「合計残高試算表」
(2) 上記債務以外の債務	①直近の「決算報告書」 ②直近の「確定申告書」 ③直近月末の「合計残高試算表」 ④借入申込書類の「申込計画の概要」
(3) 担保提供するもの	<担保> 借入申込書類の「担保物件の状況」 ※無担保貸付の場合は除く。 <保証人> 借入申込書類の「連帯保証人承諾書」 ※保証人が単独の場合は除く。 ※金銭消費貸借契約締結後の保証人変更等の場合は、現行の金銭消費貸借契約証書(変更契約証書を含む)、保証人変更契約証書、保証人脱退契約証書等の契約関係書類に基づき情報提供を受けている。

※連帯保証人に対する財産および収支状況等に関する情報提供を行っていない場合は、連帯保証人となることができません。

<独立行政法人福祉医療機構から連帯保証人様への連絡事項>

- ご提出前に、以下について改めてご確認をお願いいたします。
 - 住所・氏名欄に印鑑証明書どおりに自署していること
 - 網掛け部分の項目を記入していること
- 後日、連帯保証人様へ、連帯保証意思の確認のため、直接ご連絡させていただく場合がありますので、ご協力のほど、どうぞよろしくお願い申し上げます。