　　　年　　　月　　　日

独立行政法人福祉医療機構　顧客業務部長 　様

郵便番号：

住所：

法人名称：

氏名又は代表者名：　 　　　 　㊞

**貸付金残高証明書発行依頼書**

**（残高証明書）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 貸付番号（※） | |  |
| 証明基準日 | | 年　　　　月末日現在の貸付金残高 |
| 必要部数 | | 部 |
| 連絡先 | 事務担当者 |  |
| 電話番号 |  |

※ お借入れが複数ある場合、貸付番号はいずれか１つを記入してください。

注１ 発行する貸付金残高証明書には、お借入れすべての貸付残高が記載されます。

注２ 法人住所以外（施設住所等）への返送をご希望される場合は、返信用封筒を同封してください。

**（今後の残高証明書の発行について）**

|  |  |
| --- | --- |
| 継続発行 | 希望する ・ 希望しない |

注１ 貸付金残高証明書の発行を毎年度ご希望される場合は「希望する」に○をしてください。

注２ 証明基準日は３月末現在のみ、発行部数は１部のみ、送付先はお借入れ時にお届けいただいている

　　（法人）住所あてとします。

　　　　 お問い合わせ・送付先

　　　　独立行政法人福祉医療機構　顧客業務部　顧客業務課　収納係（TEL 03-3438-9944）

　　　　〒105-8486 東京都港区虎ノ門四丁目３番１３号 ヒューリック神谷町ビル９階