

医審第0704001号
平成23年 7月 4日

社団法人 全日本病院協会会長 殿

独立行政法人福祉医療機構
医 療 貸 付 部



医療貸付事業融資制度利用希望者に対する個別融資相談会の開催について

当機構の業務につきましては、平素より種々ご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、標記につきましては、病院及び介護老人保健施設等(直接貸付の取扱範囲にか
かるもの)の医療関係施設整備等の事業に、当機構の融資制度を利用希望される方の利
便を図るとともに、当機構医療貸付業務のより円滑・迅速な運営を行うことを目的に
開催しております。

つきましては、別添のとおり、来る平成23年8月1日(月)から全国7ブロック
において、個別融資相談会を開催することと致しましたのでご連絡致します。

併せて、貴管下の関係機関等への周知方につきましてご手配賜りたく、何卒よろし
くお願い申し上げます。

なお、当機構の東京本部・大阪支店では、個別融資相談会以外にも随時融資相談を
行っていることを申し添えます。

独立行政法人福祉医療機構 医療貸付事業個別融資相談会開催のご案内

独立行政法人福祉医療機構は、特殊法人改革により、社会福祉・医療事業団(旧医療金融公庫)の事業を継承して平成15年10月1日に設立された独立行政法人です。

当機構では、医療関係施設の整備等を予定している方に対し、種々ご相談を受けているところですが、医療貸付事業融資を希望する方のために、来る平成23年8月1日(月)から下記の日程のとおり、全国7ブロックで個別融資相談会を開催いたします。

主として、平成23年度又は24年度を目途に施設整備を実施する予定のお客様で、計画する施設の規模・構造など事業計画や資金調達先の金融機関等の資金計画がかなり具体的になった段階や検討を始めた段階での相談に最適です。

この相談では、当機構が対応できる場合の大まかな融資金額の算出を中心に幅広いご融資の相談に応じます。

また、ご計画が構想段階のお客様についても、相談に応じます。

- ◎北海道ブロック(札幌市) 8月30日(火)9:00~16:00
ホテルさっぽろ芸文館(旧北海道厚生年金会館)「鈴蘭の間」
札幌市中央区北1条西12丁目 TEL 011-231-9551
 - ◎関東ブロック(東京都) 9月8日(木)10:00~17:00、9日(金)10:00~17:00
独立行政法人福祉医療機構本部 東京都港区虎ノ門4-3-13 TEL 03-3438-9940
 - ◎中部ブロック(名古屋市) 8月5日(金)9:00~16:00
メルパルク名古屋「葵の間」 名古屋市東区葵3-16-16 TEL 052-937-3535
 - ◎近畿ブロック(大阪市) 8月4日(木)10:00~17:00、5日(金)10:00~17:00
独立行政法人福祉医療機構大阪支店 大阪市中央区南本町3-6-14 TEL 06-6252-0219
 - ◎中四国ブロック(岡山市) 8月1日(月)13:00~17:00、2日(火)9:00~16:00
メルパルク岡山「末広の間」(8月1日)、「高砂の間」(8月2日)
岡山市北区桑田町1-13 TEL 086-223-8100
 - ◎九州ブロック(福岡市) 8月29日(月)13:00~17:00、30日(火)9:00~16:00
福岡ガーデンパレス「雲仙の間」 福岡市中央区天神4-8-15 TEL 092-713-1112
- ※東北ブロックについては、日程を拡大して開催する予定です。詳細が決まり次第、別途お知らせ致します。

各ブロックとも、会場・時間等の都合もあり定員に限りがありますので、登録制とさせていただきます。「個別融資相談会」への参加をご希望される場合は、別紙「医療貸付事業個別融資相談会参加申込書」をご記入の上、ファクシミリでご返送ください。(上記時間外での参加をご希望される場合は、ご相談ください。)

また、当機構の東京本部・大阪支店では、開催日以外にも随時、相談を受け付けています。何かご不明な点は、下記までお問い合わせください。

(北海道・東北・関東・中部ブロック) 東京本部: 東京都港区虎ノ門4-3-13 神谷町セントラルプレイス9階
(医療貸付部医療審査課) TEL 03-3438-9940
(近畿・中四国・九州ブロック) 大阪支店: 大阪府大阪市中央区南本町3-6-14 イトウビル3階
(大阪支店医療審査課) TEL 06-6252-0219

北海道・東北・関東・中部ブロックご希望の方

FAX 03-3438-0659

独立行政法人福祉医療機構本部 医療審査課宛

近畿・中四国・九州ブロックご希望の方

FAX 06-6252-0240

独立行政法人福祉医療機構大阪支店 医療審査課宛

<医療貸付事業個別融資相談会参加申込書>

法人名(お名前)			
連絡先及び 事務担当者	住所:〒		
	連絡先	TEL	() -
	担当者 (職名)	FAX	() -
ご相談施設名 (施設種類を○で 囲んでください)	病院・老健・その他()	着工時期	平成 年 月頃
ご計画の概要			
ご希望ブロック	(○で囲んでください) 北海道・東北・関東・中部・近畿・中四国・九州		
ご相談希望日・時間帯(1時間が目安です)	月 日()(:00~ :00)		

※ご相談のご希望時間帯は、必ずしもご希望に沿えない場合がございます。時間帯を調整し、機構より改めてご案内させていただきますのでご了承ください。

<当日揃えて頂く書類>

《初めてのご相談の方》

- ①融資相談票(1枚)……………お申し込み受付後、機構よりお送りします。
- ②法人の沿革
- ③今次計画の趣意書(計画の意図・必要性等について整理)
- ④施設整備計画図面(配置図、平面図、施設別求積表)
- ⑤直近2か年分の決算書・確定申告書(附属明細含む)一式(税務署に提出したものの写し)、施設別決算書
- ⑥既存病院を有する場合は、医療監視の際に都道府県(保健所)に提出した「第1表・施設表」
- ⑦創設法人の場合は、当該法人の概要が分かるもの(都道府県へ提出した書類の写し)

《すでにご相談を受けている方》

- 引き続きご相談いただける資料