

(表)

様式第 1 号 (第 7 条関係)

粒子線治療資金貸付申請書

令和 年 月 日

兵庫県病院事業管理者 様

(住所)
申請者
(氏名) 印

下記のとおり粒子線治療資金貸付金を借り入れたいので、関係書類を添えて申請します。

受付番号		受 付	令和 年 月 日	
申 請 金 額	円			
貸 付 期 間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
償 還 方 法	月賦 年 (据置期間 ヶ月を含む)			
申 請 者	フリガナ			
	氏 名			
	生年月日	年 月 日 (歳)		
	住 所	(電話)		
	(同一世帯の家族の状況)			
	氏 名	続柄	年齢	備考
同 意 書				
粒子線治療資金貸付金を、粒子線治療料に充当することに同意します。				
申請者氏名 _____ 印				

(裏)

連帯保証人	フリガナ				
	氏 名		生年月日	年 月 日	
	住 所		申請者との関係		
	勤 務 先		年 収	円	
	他の借入金の状況	借入金の種類		借入金額	円
		借入年月日	年 月 日	未償還額	円
		償還完了予定日	年 月 日	貸付機関	
		年間償還額		円	連帯保証人電話番号

保 証 書

兵庫県病院事業管理者 様

住 所
連帯保証人
氏 名 印

(患者氏名)

上記_____の申請に係る貸付金の借入れについて、連帯保証人として債務を保証することを約します。