

(表)

粒子線治療資金貸付申請書

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たいので、関係書類を添えて申請します。

受付番号		受 付	年 月 日		
申 請 金 額	円				
貸 付 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日				
償 還 方 法	月賦 年 (据置期間を含む。)				
申 請 者	フリガナ				
	氏 名			
	生年月日	年 月 日			
	住 所	(電話)			
	(同一世帯の家族の状況)				
	氏 名	続 柄	年 齢	年 収	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	円	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			

保 証 書

兵庫県病院事業管理者 様

住所
連帯保証人
氏 名 印

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。