

医政第 66-2 号  
平成 31(2019)年 4 月 5 日

宇都宮市保健所長 様

栃木県保健福祉部医療政策課長

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（通知）

このことについて、別添のとおり独立行政法人福祉医療機構から開催案内の  
通知がありましたので、参考までに送付いたします。

なお、下記関係団体の長宛て、別途通知した旨申し添えます。

記

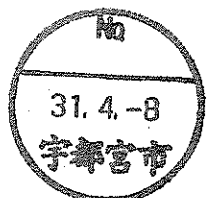
1 通知先団体

一般社団法人栃木県医師会長

一般社団法人栃木県歯科医師会長

栃木県病院協会長

医療指導担当  
TEL 028 (623) 3085  
FAX 028 (623) 3131





福医事第0318009号  
平成31年3月18日

都道府県医務主管部（局）長  
様  
都道府県老健主管部（局）長

独立行政法人福祉医療機構  
福祉医療貸付部長



#### 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、当機構におきましては、利用者サービスの向上を図るとともに、貸付業務のより円滑・迅速な運営を行うため、病院及び介護老人保健施設等の医療関係施設（但し、直接貸付の取扱範囲にかかるものに限ります。）の整備事業者を対象に個別融資相談会を開催しております。

つきましては、別添のとおり、来る2019年5月29日（水）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いたしましたのでご連絡いたしますとともに、貴管内の関係機関等（病院・老健等）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、当機構では、個別融資相談会以外にも東京本部・大阪支店におきまして随時融資相談を行っていることを申し添えます。

また、貴都道府県主催の説明会等で融資制度の説明等のご要望がございましたら当機構までご連絡ください。

（※）福祉貸付事業（社会福祉事業施設）につきましても、個別融資相談会を併せて実施いたします。

#### 【ご連絡先】

独立行政法人福祉医療機構

東京本部

福祉医療貸付部医療審査課 TEL 03-3438-9940

大阪支店

医療審査課

TEL 06-6252-0219

# 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計画しており、融資を希望するお客さまを対象として、2019年5月29日(水)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、2019年度から2020年度を目途に施設整備を実施する予定で、施設規模・構造や資金計画(総事業費、資金調達する金融機関)等の事業計画が、ある程度具体的になった段階のご相談に最適です(構想段階でも、ご相談は可能です)。なお、東日本大震災、平成28年熊本地震、平成30年7月豪雨ほか、災害に係る融資相談については、これに関わらず優先的に対応させていただきます。

当機構の融資金額や適用金利のご案内を中心に、幅広いご融資の相談に対応しておりますので、是非この機会をご利用ください。

※ 個別融資相談会の対象は、直接貸付のみです。代理貸付の場合は、受託金融機関([https://www.wam.go.jp/hp/guide-iryokashitsuke-kyutaku\\_list-tabid-605/](https://www.wam.go.jp/hp/guide-iryokashitsuke-kyutaku_list-tabid-605/))に直接お問い合わせください。

| ブロック     | 開催予定日時                                       | 開催地   | 会場                                                                                  |
|----------|----------------------------------------------|-------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 北海道      | 7月19日(金) 10:00~17:00                         | 札幌市   | TKP札幌ビジネスセンター「カンファレンスルーム5C」<br>(札幌市中央区北三条西3丁目1-44 ヒューリック札幌ビル5F)<br>TEL 011-252-3165 |
| 東北       | 7月31日(水) 11:00~18:00                         | 仙台市   | ホテルメトロポリタン仙台「3F 藤(東)」<br>(仙台市青葉区中央1丁目1番1号)<br>TEL 022-268-2525 (代表)                 |
| 関東       | 5月29日(水) 10:00~17:00<br>5月30日(木) 10:00~17:00 | 東京都港区 | 独立行政法人福祉医療機構 東京本部 面談室<br>(東京都港区虎ノ門4-3-13 ヒューリック神谷町ビル9F)<br>TEL 03-3438-9298 (医療審査課) |
| 中部       | 6月28日(金) 11:00~17:00                         | 名古屋市  | 愛知県産業労働センター ウィンクあいち「1310号室」<br>(名古屋市中村区名駅4-4-38)<br>TEL 052-571-6131                |
| 近畿       | 6月11日(火) 10:00~17:00<br>6月12日(水) 10:00~17:00 | 大阪市   | 独立行政法人福祉医療機構 大阪支店 面談室<br>(大阪市中央区南本町3-6-14 イトウビル3F)<br>TEL 06-6252-0219 (医療審査課)      |
| 中国<br>四国 | 6月21日(金) 9:00~16:00                          | 岡山市   | 岡山国際交流センター「会議室1」<br>(岡山市北区率道町2-2-1)<br>TEL 086-256-2905                             |
| 九州       | 6月18日(火) 9:00~16:00                          | 福岡市   | 都久志会館「602号」<br>(福岡市中央区天神4-8-10)<br>TEL 092-741-3335                                 |

(※) 福祉貸付事業(社会福祉事業施設)につきましても個別融資相談会を併せて実施します。詳細は「独立行政法人福祉医療機構 福祉貸付事業個別融資相談会開催のご案内」をご覧ください。

各ブロックとも、会場・時間等の都合によ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。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」にご記入の上、ファクシミリでご返送ください。

なお、当機構の東京本部・大阪支店では、開催日以外にも随時、ご相談を受け付けています。上記の日程ですとご都合が合わない際や、何かご不明な点がございましたら、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 ヒューリック神谷町ビル9階  
(福祉医療貸付部医療審査課) TEL 03-3438-9940

【近畿・中国四国・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)福祉医療機構 本部 医療審査課宛

＜近畿・中国四国・九州ブロックご希望の方＞

FAX 06-6252-0240

(独)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<br>事務担当者                 | 住所:〒                                                                                                                                                                                                                     |           |         |          |         |         |          |         |           |         |  |  |
|                                | 連絡先                                                                                                                                                                                                                      | TEL       |         |          |         |         |          |         |           |         |  |  |
|                                | 担当者<br>(職名)                                                                                                                                                                                                              | FAX       |         |          |         |         |          |         |           |         |  |  |
| ご相談施設名<br>(施設種類を○で<br>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。) <table border="0"> <tr> <td>・北海道(札幌)</td> <td>・東北(仙台)</td> <td>・関東(東京)</td> </tr> <tr> <td>・中部(名古屋)</td> <td>・近畿(大阪)</td> <td>・中国四国(岡山)</td> </tr> <tr> <td>・九州(福岡)</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> |           |         | ・北海道(札幌) | ・東北(仙台) | ・関東(東京) | ・中部(名古屋) | ・近畿(大阪) | ・中国四国(岡山) | ・九州(福岡) |  |  |
| ・北海道(札幌)                       | ・東北(仙台)                                                                                                                                                                                                                  | ・関東(東京)   |         |          |         |         |          |         |           |         |  |  |
| ・中部(名古屋)                       | ・近畿(大阪)                                                                                                                                                                                                                  | ・中国四国(岡山) |         |          |         |         |          |         |           |         |  |  |
| ・九州(福岡)                        |                                                                                                                                                                                                                          |           |         |          |         |         |          |         |           |         |  |  |
| ご相談希望日・時間帯(1時間が目安です)           | 月 日( )( :00～ :00)                                                                                                                                                                                                        |           |         |          |         |         |          |         |           |         |  |  |

※なお、東日本大震災、平成28年熊本地震、平成30年7月豪雨ほか、災害に係る融資相談については、優先的に対応させていただきます。

※個別融資相談会の対象は、直接貸付のみです。代理貸付の場合は、受託金融機関 ([https://www.wam.go.jp/hp/guide-iryokashitsuke-jyutaku\\_list-tabid-605/](https://www.wam.go.jp/hp/guide-iryokashitsuke-jyutaku_list-tabid-605/)) に直接お問い合わせください。

◎ご相談のご希望時間帯は、必ずしもご希望に沿えないことがございます。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ただいている方》

- 引き続きご相談いただける資料