ご好評につき
第１回～第３回は完売致しました

# 第4弾！ 歯科医師応援ファンド

当組合では、日本銀行による「成長基盤強化支援制度」を活用した、当初４年間0.90%（固定金利）のご融資を発売することになりましたのでご案内申し上げます。

**平成28年10月より、第４回目の募集を行います。**
（先着順５千万円まで）

| | |
|---|---|
| 資金使途 | 医療に係る事業資金<br>（診療所開設・改装資金、医療機器等の購入資金、運転資金、歯科医師会入会金等）<br>★既存の借入の借り換えは対象外となります<br>★医療に係わらない住宅、学資、マイカーローン等は対象外となります |
| ご融資金額 | 一口、１百万円以上１千万円未満<br>（日本銀行の制度により決められています） |
| ご融資利率 | 当初 **４年間　0.90%固定**<br>５年目以降は、期間・資金使途・担保等により定められた当組合の商品体系に基づく変動金利となります |
| ご融資期間 | 10年以内、現行の商品体系によります |
| 連帯保証人 | 原則、専従者１名 |
| 担　　保 | 原則 **不要**<br>（既にお借入があり、本件と合わせ1,000万円を超える場合は、担保提供をお願いします） |
| お取扱期間 | **平成28年10月～平成29年３月31日**<br>但し、期間中であっても実行額が満了した時点で販売を終了いたします。 |

**お気軽にご照会ください。お待ちしております。**
※審査の結果、ご希望にそえない場合もございます。


## 愛知県医療信用組合

http://www.iryoushin.com/

名古屋市中区丸の内三丁目５番18号
愛知県歯科医師会館６階
TEL：（052）962－9569
FAX：（052）951－8651
（担当者：カワサキ）

# 【歯科医師応援ファンド】仮借入申込書

平成　　年　　月　　日

**愛知県医療信用組合　御中**

| | |
|---|---|
| 県歯科医師会入会の有無 | 愛知・岐阜・三重（入会・未入会） |
| 所属地区 | 歯科医師会 |
| 開業年月 | S・H　　年　　月 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| ご自宅 | TEL（　　）　－ | | |
| お名前 | （　　）歳 | 日中連絡先（携帯電話等） | （　　）　－ |
| 歯科医院名 | | 診療所TEL | （　　）　－ |
| 借入ご希望額 | 資金使途（具体的に） | | |
| 借入ご希望日 | 平成　　年　　月　　日 | お借入期間 | 年　　月 |

| お借入明細<br>※診療部門以外の住宅・車の借入等もご記入下さい。 | お借入先 | 現在残高 | 月返済額 | 資金使途（具体的に） |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| ご家族構成<br>※お子様の学費・その他生活費等を把握させて頂くためのものです。 | 続柄 | お名前 | 年齢 | 職業、学校・学部 | その他 |
|---|---|---|---|---|---|
| | 配偶者 | | | | |
| | 長男 | | | | |
| | 長女 | | | | |
| | 次男 | | | | |
| | 次女 | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 同居の場合のみ［ | 父 | | | | |
| | 母 | | | | |

**ご提出書類**

1．所得税確定申告書写し（以下５ページ）
（①第一表、②第二表、③青色申告決算書、④月別売上（収入）金額及び仕入れ金額、⑤貸借対照表（資産負債調））
2．見積書写し　　3．請求書写し
4．金融機関借入残高一覧表　　等

※本書における個人情報は、審査の目的以外には利用しません。

※ＦＡＸ（052－951－8651）される場合は、お手数ですが当組合に電話連絡をお願いします。