

医療信

新型コロナウイルス 緊急支援ローン

【取扱期間】 令和4年9月30日まで

新型コロナウイルスの影響による緊急の資金繰り支援のためのローンです！

◆ 高い利便性！

- <申込み> 電話/郵送・FAXで申込みOK！（ご来店は契約時のみ！）
- <提出資料> 診療収入の減少状況はレセコン（本年と前年の該当月）などでOK！
- <審査結果> 申込みから10日間程度でお知らせ！

◆ お得な金利・返済据置期間！

- <金利> 医療信最低水準の **0.5%**！ 保証料、手数料も不要！
- <据置期間> 融資期間3年以内で、**当初1年間は返済を据置！**

○ ローンの内容 ○

融資対象先	新型コロナウイルスの影響による収入減等のため緊急の資金繰り支援が必要なお客様 （*売上減の状況書類を徴収/ヒアリングさせていただきます）
資金用途	新型コロナウイルスの影響により必要な運転資金・設備資金
融資金額	3百万円以内（*必要額ヒアリングの上で貸付額を決定）
金利	0.5%固定金利（令和4年3月現在）
融資期間	3年以内（据置：1年）
担保	不要
保証人	原則、専従者の方1名以上
提出書類	所得税確定申告書写し、現在借入中の金融機関返済予定表

※ご融資金利は、金融環境の変化により変更させていただく場合がございます。
※お申し込みにあたっては、当組合所定の審査がございます。
審査の結果によってはご希望に沿えない場合もございますので、あらかじめご了承ください。

愛知県医療信用組合

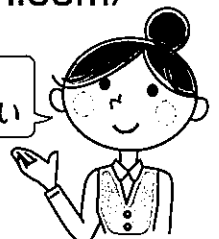
検索

<https://www.iryoushin.com/>



愛知県医療信用組合

お気軽に
ご照会ください



〒460-0002 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

新型コロナウイルス緊急支援ローン借入仮申込書

令和 年 月 日

愛知県医療信用組合 御中

郡市区	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	万円	資金使途 (具体的に)	
借入ご希望日	令和 年 月 日	お借入期間	年 月

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

直近月 診療収入額	月	万円	前年同月比 ▲	万円 (▲ %)
--------------	---	----	---------	----------

ご家族構成	続柄	お名前	年齢	職業、学校・学部	その他
※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。	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、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。