

我孫子市婦人ガン療養者医療費融資条例施行規則

(目的)

第 1 条 この規則は、我孫子市婦人ガン療養者医療費融資条例（昭和 52 年条例第 10 号。以下「条例」という。）の施行について必要な事項を定めることを目的とする。

(保証人)

第 2 条 条例第 3 条に規定する保証人は、次の各号に掲げる要件を備えた者でなければならない。

- (1) 市内に居住し、住民基本台帳に記録されていること。
- (2) 一定の職業をもち、又は独立の生計を営んでいること。
- (3) 条例第 7 条の貸付を受け、又は当該貸付について他の者の保証人になっていないこと。

2 前項の規定にかかわらず、市長が保証能力があると認める者については、その者を保証人とすることができる。

(貸付金融機関)

第 3 条 条例第 4 条に規定する金融機関（以下「指定金融機関」という。）は、千葉銀行我孫子支店とする。

(借入の申請)

第 4 条 条例第 6 条の規定による貸付の申請は、婦人ガン療養者医療費貸付申請書（第 1 号様式）に次の各号に掲げる書類を添えて市長に提出しなければならない。

- (1) 指定金融機関が定める書類
- (2) 借受人の住民票抄本及び印鑑登録証明書各 1 通
- (3) 保証人の印鑑登録証明書 1 通
- (4) 前各号に掲げるもののほか、市長が必要と認める書類

(決定通知)

第 5 条 市長は、前条の規定による申請を受けたときはこれを審査し、適当と認めたときは、婦人ガン療養者医療費貸付決定通知書（様式第 2 号）により申請者に通知するものとする。

(貸付額の報告)

第 6 条 指定金融機関は、前条の規定により貸付を行ったときは、速やかに婦人ガン療養者医療費貸付報告書（様式第 3 号）を市長に提出しなければならない。

(利子補給金の請求)

第7条 指定金融機関は、条例第9条の規定による利子補給を受けるときは、婦人ガン療養者医療費利子補給金交付請求書（第4号様式）により請求するものとする。

（交付の決定）

第8条 市長は、前条の規定による請求を受けたときはこれを審査し、適当と認めるときは、利子補給金の交付を決定し、当該指定金融機関に通知するものとする。

附 則

この規則は、昭和52年4月1日から施行する。

第1号様式

我孫子市婦人ガン療養者医療費貸付申請書

年 月 日

我孫子市長あて

申請者 住所 我孫子市

よりがね
氏名

電話 ()

次のとおり婦人ガン医療費の貸付を受けたく、関係書類を添えて申請します。

申請者	貸付申請額						円
	婦人ガン検診日	年 月 日					
	入院予定期間	年 月から 年 月まで					
	貸付申請期間	年 月から 年 月まで					
保 証 人	氏 名	④	生年月日	年 月 日	申請者との続柄		
	住 所	我孫子市					
	本 籍						
	職 業		勤務先				

※ここから下は、記入しないで下さい。

受付年月日	年 月 日	受付番号	
貸付年月日	年 月 日	貸付番号	
申請資格	有 無	貸付金額	円

裏面をご覧ください。

裏 面

1 添付書類

- (1) 指定金融機関が定める書類
- (2) 申請人の住民票抄本及び印鑑登録証明書各1通
- (3) 申請人の所得証明書
- (4) 市長が必要と認める書類

2 保証人の要件

- (1) 市内に居住し、住民基本台帳に記録されていること。
- (2) 一定の職業をもち、又は独立の生計を営んでいること。
- (3) この貸付制度について貸付を受け又は当該貸付について他の者の保証人になっていないこと。

第2号様式

第 号

年 月 日

殿

我孫子市長

印

我孫子市婦人ガン療養者医療費貸付決定通知書

年 月 日にされた婦人ガン医療費貸付申請については、次のとおり決定したので通知します。

貸付金額	円
償還期間	年 月 日から 年 月 日まで
償還方法	貸付日の翌月から6月据置き、1年6月以内償還
指定金融機関	千葉銀行我孫子支店

注意1 貸付金は、期間終了までに全額を返済しなければなりません。

2 貸付金は、繰上げて償還することができます。

3 連帯保証人は、債務について申請人と同様にその責に任じなければなりません。

我孫子市長あて

指定金融機関名

代 表 者

㊟

我孫子市婦人ガン療養者医療費貸付報告書

次のとおり婦人ガン医療費の貸付をしたので、我孫子市婦人ガン療養者医療費貸付条例施行規則第6条の規定により報告いたします。

氏 名		生年月日	年 月 日
住 所	我孫子市		
貸付年月日	年 月 日	貸付金額	円
償 還 期 間	年 月 日から 年 月 日まで		
償 還 方 法	月 賦 円 月 から 回	利子補給額	円
	半年賦 円 回	利子補給額	円
	年 賦 円 回	利子補給額	円

年 月 日

我孫子市長あて

指定金融機関名

代 表 者

㊤

我孫子市婦人ガン療養者医療費利
子補給金交付請求書

我孫子市婦人ガン療養者医療費融資条例第9条の規定により、利子補給金を次のとおり交付されるよう請求します。

氏 名	貸付年月日	償 還 期 間	償 還 方 法	償還金	未償還金	利 子 補給金
	年 月 日	年 月 日から 年 月 日まで	月・半年・年賦	円	円	円
	年 月 日	年 月 日から 年 月 日まで	月・半年・年賦			
	年 月 日	年 月 日から 年 月 日まで	月・半年・年賦			
	年 月 日	年 月 日から 年 月 日まで	月・半年・年賦			
	年 月 日	年 月 日から 年 月 日まで	月・半年・年賦			
	年 月 日	年 月 日から 年 月 日まで	月・半年・年賦			
計						