Ctrl. No.

　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 〒105－8486東京都港区虎ノ門４－３－13ヒューリック神谷町ビル９階独立行政法人福祉医療機構顧客業務部 顧客業務課 収納係　御中 | 依 頼 人（住　　所）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（法 人 名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（届出者名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(届出印)（貸付番号）　　　　―　　　―　　　　　　　　　　　　　※複数ある場合はいずれか一つ |

　取引残高確認ご依頼の件

拝啓　時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

今般、当法人の会計監査に当たり、監査人である●●●監査法人は、　　年　　月　　日現在（確認基準日）における当法人の貴法人に対する取引残高等の確認を望んでおります。

つきましては、ご多用中誠に恐縮に存じますが、下記事項に関しそれぞれ所要事項をご記入ご証明の上、同封の返信用封筒にて、　　年　　月　　日までに●●●監査法人宛に直接ご返送くださいますようお願い申し上げます。

（監査法人/会計事務所　担当：　　　　電話：　　　　　　　　　　　）

敬　具

　確　認　書

　　年　　月　　日

●●●監査法人　御中

（貴法人名）

（責任者名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

当法人と上記依頼人との　　年　　月　　日現在（確認基準日）における取引残高、契約内容等は下記のとおりであることを証明いたします。

記

１．貸付金残高

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 種　類 | 金　　額 | 貸付年月日 | 返済期日 | 貸付金利率 | 最終利払日 | 担　　保 | 保　　証 |
|  | 円 |  |  | ％ |  |  |  |
|  | 円 |  |  | ％ |  |  |  |

２．その他（該当のない場合も、その旨ご記入ください。）

（注） (1) 記入欄に詳細を書ききれない場合は、別紙に記入の上、添付してください。

　　　 (2) 貸付金残高以外の法人が負担する可能性がある取引残高、契約等がある場合は、「２．その他」の箇所にご記入をお願いします。

以　　上