

## 鳥取県がん先進医療費ローン

〔商品概要説明書〕

(H24. 10. 1. 現在)

項 目	内 容
商 品 の 特 徴	○高額な治療費が必要となるがん先進医療を受けられる方、またはその家族の方を対象に「鳥取県がん先進医療費利子補給制度」の承認をうけた医療費相当額をご融資させていただきます。
お 使 い み ち	○鳥取県が利子補給を承認したがん先進医療費
ご 利 用 い た だ け る 方	下記の条件をすべて満たす方。 ○申込時年齢が満 20 歳以上 65 歳以下の方 ○鳥取県からがん先進医療費利子補給金の承認を受けられた方 ○安定した収入が継続して得られる方 ○勤務先又は居住地が当行の営業区域内にある方 ○中国総合信用株の保証がうけられる方
ご 融 資 金 額	○300万円以内（1万円単位） ただし、鳥取県が発行する「がん先進医療費利子補給金交付事業」の制度利用にかかる「承認決定通知書」に記載された対象融資限度額を上限とします。
ご 融 資 期 間	○7年以内
ご 融 資 金 利	○固定金利：5.8%
ご 返 済 方 法	○下記のいずれかをお選びいただきます。 ①元利均等月賦返済（毎月の元金ご返済額が一定となる返済方法） ②元利均等月賦返済＋半年賦（ボーナス）返済 ・ボーナス返済分の元金はお借入額の50%以内とします。 ・自営業者の方および会社役員の方はボーナス返済併用のご利用はできません。 ○約定返済日 毎月7日、または17日（休日の場合は翌営業日）
返 済 額 の 試 算	○お客様から店頭にてご返済額の試算のお申し出があれば、お申し出の条件に応じてご返済額を試算いたします。
連 帯 保 証 人	○中国総合信用株の保証制度をご利用いただきますので、原則、連帯保証人は不要です。 ・ただし、がん治療者本人が申込人の場合は、親族の方1名の連帯保証人が必要となります。 また、中国総合信用株が必要とした場合も連帯保証人が必要となります。 ・保証料は当行が負担します。
担 保	○不要です
手 数 料	○不要です
そ の 他 参 考 と な る 事 項	○【必要書類】 ・鳥取県が発行する「がん先進医療費利子補給金交付事業」の制度利用にかかる承認決定通知書が必要となります。 ・本人確認資料（運転免許証等） ○鳥取県より利子支払額について申請のうえ補給を受けることが可能です。
苦 情 ・ 相 談 窓 口	みなさまの相談所 受付日：月曜日～金曜日（祝日および銀行の休業日を除く） 窓口受付時間：午前9：00～午後3：00 電話受付時間：午前8：45～午後5：15
当 行 が 契 約 し て いる 指 定 紛 争 解 決 機 関 お よ び 連 絡 先	全国銀行協会 連絡先：全国銀行協会相談室 電話番号：0570-017109（一般電話から）または03-5252-3772（携帯電話・PHSから） 受付日：月曜日～金曜日（祝日および銀行の休業日を除く） 受付時間：午前9：00～午後5：00