様式第４号（第12条関係）

病院薬剤師確保事業奨学金返還補助金交付申請書

年　　　月　　　日

　長野県知事　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　 所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　 名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（対象者認定番号　第　　　　　　　　号）

　病院薬剤師確保事業返還補助金（以下「補助金」という。）の交付を受けたいので、補助金等交付規則第３条の規定に基づき、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １ 交付申請額　　　　　　金　　　　　　　　　　　　円　（⑤を超えないこと） | | | | | | | |
| ２ 勤務先（補助金申請対象年度の勤務予定状況） | | | | | | | |
|  | 施　設　名　称 | | |  | | | |
| 施 設 所 在 地 | | |  | | | |
| 勤　務　期　間 | | | 年　　 　月 から　　　　年　 　 月 まで | | | |
| ３ 対象奨学金 | | | | | | | |
|  | 奨 学 金 名 称 | | |  | | | |
| 貸与金額（総額） | | | 円 | | | |
| 返　還　期　間 | | | 年　　 　月 ～　　　　年　 　　月（　　　カ月） | | | |
| 返　還　月　額 | | | 円 | | | |
| ４ 交付申請額の算定（申請する交付対象期間の返還に限る。） | | | | | | | |
|  | 奨学金返還期間 | | | 年　　 　月 ～　　　　年　 　　月（　　　カ月(①)） | | | |
| 奨学金返還額 | | | 円（②） | | | |
| 他の地方公共団体や  企業からの補助額 | | | 円（③） | | | |
| 申 請 上 限 額 | | | ４５,０００円×　　　　カ月(①) ＝ 　　　　　　円（④） | | | |
| 交付申請可能額 | | | 円（⑤）  （②－③又は④のいずれか低い額、１円未満切捨） | | | |
| ５ 奨学金貸与時の就学状況 | | | | | | | |
|  | 就学先名称 | | 大学　　　　　　　学部　　　　　　　学科 | | | | |
| 入学年月 | | 年　　　　月 | | | 卒業年月 | 年　　　　月 |
| ６ 薬剤師名簿登録状況 | | | | | | | |
|  | | 登録番号(登録年月日) | | | （　　　年　　　月　　　日） | | |
| ７ 誓約  私は、補助金を申請するにあたり、下記の内容について相違ないことを確認の上、誓約します。  氏　　名  記  (1) 申請日時点で勤務先に勤めており、今後も交付対象期間の1.5倍以上を就業年として継続勤務します。  (2) 申請内容に虚偽はありません。  (3) 暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律第２条第６号に規定する暴力団員に該当しません。  (4) 県税の滞納はありません。  (5) 就職後、県が策定する又は認めるプログラムに基づく研修を受講します。  (6) 交付対象期間終了後、県の実施する就業状況調査に協力します。  (7) 対象者に該当しない事実や不正等が発覚した場合は、速やかに補助金の返還に応じます。 | | | | | | | |

【添付書類】

１ 毎年度添付するもの

　(1) 確認書（様式第４号別紙）

(2) 在職証明書

(3) 奨学金の返還状況（返還額、返還残高等）が確認できる書類（奨学金事業実施者が発行する「奨学金返還証明書」の写し等）

(4) 県税に滞納がないことの証明（初年度は、課税対象でない場合は添付不要）

２ 初年度に限り添付するもの

(1) 奨学金事業実施者が発行する「貸与奨学金返還確認票」の写し

　(2) 他の奨学金返還補助制度を併用する場合、その補助額がわかる資料の写し

(3) 要綱第４条第１項第１号のアに該当する者にあっては、大学等卒業証明書又はこれに準ずるものの写し

　(4) 要綱第４条第１項第１号のアに該当する者にあっては、薬剤師免許証の写し又は登録済証明書の写し（登録済証明書の写しを添付した場合は、翌年度に薬剤師免許証の写しを添付すること。）

　(5) 要綱第４条第１項第１号のイに該当する者にあっては、薬剤師免許証の写し

　(6) 要綱第６条に規定する認定通知書の写し

参考様式

在　職　証　明　書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （ふりがな）  　氏　　　　名 |  | |
| 生 年 月 日 | 年　　　　　月　　　　　日 | |
| 住　　　　所 |  | |
| 就業施設及び期間 | 施 設 名 |  |
| 所 在 地 |  |
| 就業期間 | 年　　月　　日 ～　 　　年　　月　　日 |
| 職　　　　種 |  | |
| 職 務 内 容 |  | |

　上記の者は、当施設の正規雇用職員であり、上記のとおり相違ないことを証明します。

　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記入担当者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　役職・氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先（電話番号）

* 正規雇用者とは、雇用期間の定めのない契約に基づく雇用とし、就業規則等で定める職員と同様の扱いとなる雇用形態をいう。