

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	
<p>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。</p> <p style="text-align: center;">氏 名 _____</p> <p style="text-align: center;">記</p> <p>(1) 申請日時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。</p> <p>(2) 申請内容に虚偽はありません。</p> <p>(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。</p> <p>(4) 県税の滞納はありません。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p>	

【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つては、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つては、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つては、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

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。