

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）
 - (5) 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
- 2 初年度に限り添付するもの
 - (1) 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。）
 - (2) 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
 - (3) 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。