第５号様式（第10条関係）

　　　　令和　　年　　月　　日

高知県知事　様

申請者住所

(法人の場合は、主たる事務所所在地)

申請者名(病院の開設者)

(法人の場合は、法人名及び代表者職氏名)

生年月日

高知県薬剤師奨学金返還支援事業費補助金交付申請書

高知県薬剤師奨学金返還支援事業費補助金交付要綱第10条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

１　補助対象期間　　　　　令和　　年　　月　～　令和　　年　　月

２　補助対象経費額　　　　金　　　　　　　　　　円

３　補助金申請額　　　　　金　　　　　　　　　　円　（千円未満の端数切り捨て）

４　事業計画書　　　　　　別紙１　奨学金返還支援事業計画書のとおり

＜添付資料＞　書類の添付を確認し、□にチェックをしてください。

□　(１) 奨学金返還支援事業計画書（別紙１）

□　(２) 支援対象者の薬剤師免許証又は登録済証明書の写し

□　(３) 返還を支援する奨学金が返済義務のある貸与型であることを確認することができる

もの

□　(４) 県税事務所で発行する全税目（個人県民税及び地方消費税を除く。）の納税証明書、又

は県税完納情報の提供に係る同意書（※１）及び本人確認書類の写し（※２）

※１：税務課が別に定める「県税完納情報提供事務処理要項」における第４号様式。

※２：申請者が個人の場合は、マイナンバーカード、運転免許証、健康保険証の写し等。

|  |  |
| --- | --- |
| 担当部署 |  |
| 担当者名 |  |
| 電話番号 | （直通） |
| Ｅ-mail |  |

申請者が法人の場合は、法人代表者のマイナンバーカード、運転免許証、健康保険証の写し等。　　　　　　　（注）マイナンバーカードは表面のみコピー（裏面はマイナンバーの表示があるため、提出は不可　　　　　　　　　　とする。）、健康保険証の保険者番号及び被保険者等記号・番号は復元できない程度にマスキ　　　　　　　　　　ング処理を施す等してください。

別紙１

奨学金返還支援事業計画書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 支援対象者 |  |  |  |
| 勤務(対象)病院名 |  |  |
| 雇用年月日 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |
| 新卒・既卒の別  (※１) | 新卒者　・　既卒者 | 新卒者　・　既卒者 |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |
| 薬剤師名簿登録番号 |  |  |
| 奨学金返還支援制度  による  手当等の  支給方法等 | 返還支援対象  奨学金名 |  |  |
| 支給予定期間  (※２) | 令和　　年　　月～  令和　　年　　月 | 令和　　年　　月～  令和　　年　　月 |
| 支給時期 | 毎月・（　　）月に１回  その他（　　　　　　　） | 毎月・（　　）月に１回  その他（　　　　　　　） |
| 補助事業の内容等 | 補助対象期間 | 令和　　年　　月～  令和　　年　　月 | 令和　　年　　月～  令和　　年　　月 |
| 補助対象経費  (※３) | 円 | 円 |
| 補助金申請額  (※４) | 円 | 円 |

（※１）申請日の属する年度の状況

既卒者については、申請日の属する年度以前に県内で薬剤師としての勤務経験がない者に限る。

（※２）補助事業者が定める奨学金返還支援制度による支給予定期間

（※３）補助事業者が補助対象期間中に支援対象者に奨学金返還支援のため支給する手当等の総額

（※４）別表第２により算出（単位：円）

　　　　※ただし、支援対象者が複数の場合は、別紙１では千円未満の端数処理は行わないこと