

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)
○○県○○市○○町○○-○○

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)
医療法人○○
理事長 ○○ ○○

押印不要

生年月日 昭和○年○月○日

申請者の生年月日

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 6年 10月 ~ 令和 7年 3月

2 補助対象経費額 金 393,600 円

別紙1 補助対象経費の総額

3 補助金申請額 金 189,000 円 (千円未満の端数切り捨て)

別紙1 補助金申請額の総額
※千円未満の端数は、
この時点で切り捨て

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。

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。

全てにチェックが必要

担当部署	○○課
担当者名	○○ ○○
電話番号	(直通) ○○○-○○○-○○○○
E-mail@.....

奨学金返還支援事業計画書

支援対象者	ふりがな 氏名	〇〇 〇〇	□□ □
	勤務(対象)病院名	〇〇病院	〇〇病院
	雇用年月日	令和6年 4月 1日	令和4年 4月 1日
	新卒・既卒の別 (※1)	新卒者・既卒者	新卒者・既卒者
	生年月日	平成〇年 〇月 〇日	平成〇年 〇月 〇日
	薬剤師名簿登録番号	第〇〇〇〇〇号	第〇〇〇〇〇号
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	日本学生支援機構 第二種奨学金(有利子)	土佐育英協会 貸与型奨学金(無利子)
	支給予定期間 (※2)	令和 6年 10月~ 令和 12年 9月	令和 4年 10月~ 令和 10年 9月
	支給時期	毎月()月に1回 その他()	毎月(2)月に1回 その他()
補助事業の 内容等	補助対象期間	令和 6年 10月~ 令和 7年 3月	令和 6年 10月~ 令和 7年 3月
	補助対象経費 (※3)	240,000 円 40,000 円×6ヶ月	153,600 円 51,200 円×3回
	補助金申請額 (※4)	112,500 円	76,800 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

補助対象経費を補助対象期間月数で除算した
値が補助限度額/月(37,500円)を超える事例
(240,000円/6ヶ月) > 37,500円(補助限度額)
(37,500円×6(補助対象期間月数)) / 2 (補助

補助対象経費を補助対象期間月数で除算した
値が補助限度額/月(37,500円)以下の事例
(153,600円/6ヶ月) ≤ 37,500円(補助限度額)
(25,600円×6(補助対象期間月数)) / 2 (補助率)