別記

第１号様式（第６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対象病院登録申請書

高知県薬剤師奨学金返還支援事業費補助金交付要綱第６条第１項の規定により、下記のとおり対象病院の登録を申請します。

記

１　登録を希望する病院  
（１）名称

（２）所在地

（３）代表電話番号

＜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）奨学金返還支援制度の内容を確認することができる書類（要綱、規程等）

□　（２）奨学金返還支援制度により支援する薬剤師に対する教育プログラムの内容を確認できる書類

□　（３）誓約書（第２号様式）

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

第２号様式（第６条関係）

令和　　年　　月　　日

誓　約　書

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)

高知県薬剤師奨学金返還事業費補助金対象病院としての登録申請に当たり、下記の事項について誓約します。

記

１　当病院の奨学金返還支援制度により、支援対象者に対して奨学金返還を支援するため手当等を支給します。

２　当該制度により支援する支援対象者に対して、知事が認める教育プログラムを受講させます。

３　次の全てを満たしています。

（１）　雇用保険適用事業所の事業者であること。

（２）　労働保険料を滞納していないこと。

（３）　過去１年間に労働関係法令違反を行っていないこと。

（４）　県税の全税目について滞納がないこと。

（５）　高知県薬剤師奨学金返還事業費補助金交付要綱の別表第１のいずれにも該当しないこと。

第３号様式（第６条関係）

　　　　令和　　年　　月　　日

高知県知事　様

　　届出者住所

(法人の場合は、主たる事務所所在地)

届出者名(病院の開設者)

(法人の場合は、法人名及び代表者職氏名)

高知県薬剤師奨学金返還支援事業費補助金対象病院登録取消届出書

高知県薬剤師奨学金返還支援事業費補助金交付要綱第６条第４項の規定により、下記の事由により、対象病院の登録の取消しについて届け出ます。

記

取消年月日

取消事由

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

第４号様式（第６条関係）

　　　　令和　　年　　月　　日

高知県知事　様

届出者住所

(法人の場合は、主たる事務所所在地)

届出者名(病院の開設者)

(法人の場合は、法人名及び代表者職氏名)

高知県薬剤師奨学金返還支援事業費補助金対象病院登録内容変更届出書

高知県薬剤師奨学金返還支援事業費補助金交付要綱第６条第５項の規定により、下記のとおり対象病院の登録内容に変更がありましたので届け出ます。

記

１　変更内容（該当するものの□にチェックをしてください。）

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

　□　名称

□　所在地

□　代表電話番号

　＜添付資料＞　登録申請時に添付した資料に変更が生じた場合は、変更箇所が確認できる書類の添付を確認し、□にチェックをしてください。

□　（１）奨学金返還支援制度の内容を確認することができる書類（要綱、規程等）

□　（２）奨学金返還支援制度により支援する薬剤師に対する教育プログラムの内容を確認することができる書類

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。

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。

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

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）申請初年度の状況

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

第６号様式（第13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)

高知県薬剤師奨学金返還支援事業費補助金変更承認申請書

令和　　年　　月　　日付け　　　第　　　号で交付の決定がありました高知県薬剤師奨学金返還支援事業について、下記のとおり変更したいので、高知県薬剤師奨学金返還支援事業費補助金交付要綱第13条第１号の規定により、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

（変更前　令和　　年　　月　～　令和　　年　　月）

２　補助対象経費額　　　　　　　　金　　　　　　　　　　円

（変更前　金　　　　　　　　　　円）

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

（変更前　金　　　　　　　　　　円）（千円未満の端数切り捨て）

＜添付資料＞　添付した書類について、□にチェックをしてください。

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

□　奨学金返還支援事業変更計画書（別紙２）

□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

別紙２

奨学金返還支援事業変更計画書

申請時に提出した奨学金返還支援事業計画書と変更する項目に☑を付けてください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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）申請初年度の状況

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２では千円未満の端数処理は行わないこと

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

第７号様式（第13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)

高知県薬剤師奨学金返還支援事業費補助金（中止・廃止）承認申請書

令和　　年　　月　　日付け　　　第　　　号で交付の決定がありました高知県薬剤師奨学金返還支援事業について、下記のとおり（中止・廃止）したいので、高知県薬剤師奨学金返還支援事業費補助金交付要綱第13条第２号の規定により、申請します。

記

（中止・廃止）の理由

＜添付資料＞　添付した書類について、□にチェックをしてください。

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

　中止承認申請の場合のみ

　□　補助金実績報告書（第９号様式）

　□　補助金支払請求書（第10号様式）

第８号様式（第13条関係）

　　　　令和　　年　　月　　日

高知県知事　様

報告者住所

(法人の場合は、主たる事務所所在地)

報告者名(病院の開設者)

(法人の場合は、法人名及び代表者職氏名)

高知県薬剤師奨学金返還支援事業費補助金事業完了報告書

高知県薬剤師奨学金返還支援事業費を受け、補助対象事業終了後、通算の補助対象期間の２分の１以上の期間、当病院で薬剤師として勤務しましたので、高知県薬剤師奨学金返還支援事業費補助金交付要綱第13条第９号の規定により、下記のとおり報告します。

記

１　支援対象者氏名

２　補助対象期間

　　令和　　年　　月　～　令和　　年　　月

３　補助対象事業終了後、補助対象期間の２分の１の期間を満了した日

　　令和　　年　　月　　日

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

※支援対象者が複数の場合で、補助対象期間が異なる場合は、支援対象者ごとに報告してください。

第９号様式（第14条関係）

　　　　令和　　年　　月　　日

高知県知事　様

報告者住所

(法人の場合は、主たる事務所所在地)

報告者名(病院の開設者)

(法人の場合は、法人名及び代表者職氏名)

高知県薬剤師奨学金返還支援事業費補助金実績報告書

令和　　年　　月　　日付け　　　第　　　号で交付の決定がありました高知県薬剤師奨学金返還支援事業について、高知県薬剤師奨学金返還支援事業費補助金交付要綱第14条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて実績を報告します。

記

１　補助対象期間　　　　　令和　　年　　月　～　令和　　年　　月

２　交付決定額　　　　　　金　　　　　　　　　　円

３　補助対象経費　　　　　金　　　　　　　　　　円

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

４　事業実績報告書　　　　別紙３　奨学金返還支援事業実績報告書のとおり

＜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。

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

　□　奨学金返還支援事業実績報告書（別紙３）

□　給与明細書又は賃金台帳など支援対象者に奨学金返還を支援するための手当等を支給した実績を確認することができる書類の写し

□　補助事業者が実施する教育プログラムに基づく研修の支援対象者の受講状況を確認することができる書類

別紙３

奨学金返還支援事業実績報告書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 支援対象者 |  |  |  |
| 勤務(対象)病院名 |  |  |
| 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 | 支給予定期間  (※１) | 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（　　　　　　　） |
| 必要勤務期間  満了日(※２) | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |
| 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 |
| 必要勤務期間  満了日(※３) | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |
| 補助対象経費  (※４) | 円 | 円 |
| 補助金申請額  (※５) | 円 | 円 |

（※１）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（支給実施済の期間を含む）

（※２）補助事業者が定める奨学金返還支援制度において手当等の支給条件に必要勤務期間を規定している場合の期間満了日

（※３）補助事業終了後、補助対象期間の２分の１の期間を満了する日

　　　　※必要勤務期間満了日まで対象病院において薬剤師として勤務したことを確認後、速やかに第８号様式事業完了報告書を提出すること

（※４）補助対象期間中に補助事業者が支援対象者に奨学金返還支援のため支給した手当等の総額

（※５）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３では千円未満の端数処理は行わないこと

第10号様式（第16条関係）

　　　　令和　　年　　月　　日

高知県知事　様

請求者住所

(法人の場合は、主たる事務所所在地)

請求者名(病院の開設者)

(法人の場合は、法人名及び代表者職氏名)

高知県薬剤師奨学金返還支援事業費補助金支払請求書

令和　　年　　月　　日付け　　　　第　　　号で補助金の交付額の確定がありました高知県薬剤師奨学金返還支援事業について、高知県薬剤師奨学金返還支援事業費補助金交付要綱第16条の規定により、下記のとおり支払請求書を提出します。

記

請　求　額　　　　　　金　　　　　　　　　　円

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込先 | 金融機関名 | 支店名 | 預金種別 | 口座番号 |  |
|  |  | １当座  ２普通 |  |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　発行責任者　氏　　名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（電話番号：　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　担　当　者　氏　　名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（電話番号：　　　　　　　　　　　　）