

令和 〇年 〇月 〇日

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)
〇〇県〇〇市〇〇町〇〇-〇〇

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)
医療法人〇〇
理事長 〇〇 〇〇

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 7年 10月 1日付け〇〇〇第〇〇〇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 7年 10月 ~ 令和 8年 3月
- 2 交付決定額 金 189,000 円
- 3 補助対象経費 金 393,600 円
- 3 補助金申請額 金 189,000 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

交付決定通知書のとおり

別紙3 補助対象経費の総額

別紙3 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

<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。

- ☒ 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

全てにチェックが必要

担当部署	〇〇課
担当者名	〇〇 〇〇
電話番号	(直通) 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
E-mail	@.....

奨学金返還支援事業実績報告書

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
	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	支給予定期間 (※1)	令和 7年 10月～ 令和 13年 3月	令和 7年 4月～ 令和 13年 3月
	支給時期	毎月 () 月に1回 その他 ()	毎月 (2) 月に1回 その他 ()
	必要勤務期間 満了日(※2)	支援対象期間の2分の1以上の期間の勤務が条件の場合 令和 15年 12月 31日 令和 16年 3月 31日	
補助事業の 内容等	補助対象期間	令和 7年 10月～ 令和 8年 3月	令和 7年 4月～ 令和 8年 3月
	必要勤務期間 満了日(※3)	令和 8年 6月 30日	令和 8年 9月 30日
	補助対象経費 (※4)	240,000 円	153,600 円
	補助金申請額 (※5)	112,500 円	76,800 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

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)