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