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