第６号様式（第10条関係）

　　　　令和　　年　　月　　日

高知県知事　様

申請者住所

申請者名

生年月日

高知県薬剤師キャリア形成支援（学位取得支援）補助金交付申請書

高知県薬剤師キャリア形成支援（学位取得支援）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　交付申請額　金　　　　　　　　　円

２　添付書類

（１）対象大学院の入学試験に合格したことを証する書類又は対象大学院に在学している

（１）ことを証する書類

（２）経費所要額内訳書（別紙１）

（３）履修計画書（別紙２）

（４）補助金の支払口座が確認できるもの（通帳表紙・裏表紙の写し等）

（５）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、

（５）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。