様式第６号（第18条関係）

地域医療を担う若手薬剤師確保・育成事業奨学金返還補助金

交付申請書

年 月 日

山口県知事　様

住　　所

氏　　名

電話番号

（対象者認定番号　　第　　　　　　　　号）

地域医療を担う若手薬剤師確保・育成事業奨学金返還補助金（以下「補助金」という。）の交付を受けたいので、山口県補助金等交付規則第３条の規定に基づき、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

１　交付申請額　　　　　　　金　　　　　　　　　　　　　円

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ２　勤務先 | | |
| 補助金申請の  対象年度の  就業予定状況 | 期　間：　　　年　 月 　日から　　 年　 　月　　 日まで  施設名：  所在地： | |
| ３　対象奨学金 | | |
| 奨学金名称 |  | |
| 貸与金額 | 総　額 | 円 |
| 返還期間 | 年　　月　～　　　年　　月（　　　　か月） | |
| 返還月額 | 円 | |
| ４　交付申請額の算定（申請する交付対象期間の返還に限る。） | | |
| 奨学金返還期間 | 年　　月　～　　　年　　月（　　　　か月）…① | |
| 奨学金返還額 | 円…② | |
| 地方公共団体及び企業からの補助額 | 円…③ | |
| 申請上限 | ２４,０００円×　　　　か月（①）＝　　　　　　　円…④ | |
| 交付申請可能額 | 円  ･･･②-③ 又は ④の上限額のいずれか低い額（円未満切捨） | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ５　奨学金貸与時の就学先及び薬剤師名簿登録状況 | | | |
| 名　　　　　　称 | 大学　　　　　　学部　　　　　　学科 | | |
| 入学年月 | 年　　　月 | 卒業年月 | 年　　　月 |
| 薬剤師名簿登録番号 |  | 薬剤師名簿登録年月日 | 年　　月　　日 |
| ６　誓約 | | | |
| 1. 申請日時点で勤務先に勤めており、今後も継続勤務する意思があります。 2. 申請内容に虚偽はありません。 3. 暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律第２条第６号に規定する暴力団員に該当しません。 4. 県税の滞納はありません。 5. 交付対象期間終了後、県の実施する就業状況調査に協力します。 6. 就職後３年間、県が策定する、又は認めるプログラムに基づく研修を受講する意思があります（交付要綱第４条第１項に規定する病院に就職した者に限る） 7. 対象者に該当しない事実や不正等が発覚した場合は、速やかに補助金の返還に応じます。 | | | |
|  | | | |
| 私は、補助金を申請するにあたり、上記の内容について相違ないことを確認の上、誓約します。 | | | |
| 誓約する場合、右記に✓を記入　　　□ | | | |

＜添付書類＞

|  |
| --- |
| ○初年度に提出するもの |
| ・在職証明書  ・奨学金返還予定額が確認できる書類（奨学金事業実施者が発行する「貸与奨学金返還確認票」の写し等）  ・他の地方公共団体及び企業の奨学金返還補助制度を併用する場合、その補助額がわかる資料の写し  ・大学等卒業証明書又はこれに準ずるものの写し  ・薬剤師免許証又は登録済証明書の写し  ・第11条第１項に規定する認定通知書の写し |
| ○２年目以降に提出するもの |
| ・在職証明書※  ・前年度の奨学金の返還状況（返還額、返還残高等）が確認できる書類※（奨学金事業実施者が発行する「奨学金返還証明書」等）  ・県税に滞納がないことの証明  　※　前年度分の実績報告書に添付した場合は、添付不要 |