様式第11号（第20条関係）

茨城県病院薬剤師奨学金返済支援事業

補助金交付申請書

　　　　年　　月　　日

茨城県知事　　　　　殿

　住　　所

氏　　名

（電話　　　　　　　 　　　　）

茨城県病院薬剤師奨学金返済支援事業補助金の交付を受けたいので、茨城県病院薬剤師奨学金返済支援事業補助金交付要綱第20条の規定により、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　認定番号　　　　　　第　　　　　　号

３　勤務状況

|  |  |
| --- | --- |
| 病　院　名 |  |
| 住　　　所 | 〒電話　　（　　） |
| 勤務予定 | 　　　　年　　月　　日から　　　年　　月　　日 |

　※申請時点の状況を記載すること。

４　支援対象奨学金

|  |  |
| --- | --- |
| 奨学金名称 |  |
| 貸 与 金 額 | 　　総額　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 返 還 期 間 | 　　　年　　月　から　　　年　　月（　　年　　か月） |
| 返 還 月 額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |

５　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　　月から　　　年　　月（　　か月）…① |
| 奨学金返還額 | 　　　　　　　　　　　　　　　円…② |
| 地方公共団体及び病院からの補助※額 | 円…③ |
| 算定月額 | 　　　　　　　　　　　　　　　円…④※（②－③）÷①（月数）÷２（円未満切り捨て） |
| 申請月額上限 | 　　　　　　　　　 ２５,０００円…⑤ |
| 交付申請可能額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　円※④又は⑤のいずれか低い額×① |

６　奨学金貸与時の修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 | 第　　　　　　号 | 薬剤師名簿登録年月日 | 年　　月　　日 |

７　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) 茨城県暴力団排除条例（平成22年茨城県条例第36号）第２条第２項及び第３項に規定する暴力団員等に該当しません。(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、県が策定する又は認める病院薬剤師卒後研修プログラムを受講しており、継続して受講する意思があります。(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）

　１．採用通知書の写し

　２．在職証明書

３．当該年度の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）

４．他の地方公共団体及び対象病院の奨学金返還支援制度を併用する場合、その補助額がわかる資料の写し

５．大学等卒業証明書又はこれに準ずるものの写し

６．薬剤師免許証又は登録済証明書の写し

７．第11条第３項に規定する認定通知書の写し

　８．県税に滞納がないことの証明

　９．その他知事が必要と認める書類