様式第15号（第23条関係）

茨城県病院薬剤師奨学金返済支援事業

補助金実績報告書兼支払請求書

　　　　年　　月　　日

茨城県知事　　　　　殿

住　所

氏　名

（電話　　　　　　　　　　）

　　年　　月　　日付け　第　号で交付決定のあった補助金について、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23条の規定に基づき、関係書類を添えて下記のとおり報告します。

記

１　認定番号　　　　　第　　　　　　号

２　勤務実績

|  |  |
| --- | --- |
| 対象年度の  勤務実績 | 期　間：　　　年　　月　　日から　　年　　月　　日  病院名：  所在地： |

３　奨学金返還実績

|  |  |
| --- | --- |
| 奨学金名称 |  |
| 貸与金額 | 総額　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 返還期間 | 年　　月　　日から　　年　　月　　日 |
| 返　還　額 | 月額：　　　　　円　／　計：　　　　　　　円 |

４　振込先

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込先金融機関名 | 本支店名 | 金融機関  コード | | | | 支店  コード | | | 種目 | 口座番号 | | | | | | |
| □銀行  □信用金庫  □信用組合  □農協  □労働金庫 | □本店  □支店  □出張所 |  |  |  |  |  |  |  | □普通  □当座 |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座名義 |  | | | | | | | | | | | | | | | |

＜添付書類＞

　・対象年度の在職証明書

　・対象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）

　・その他知事が必要と認める書類

１．県税に滞納がないことの証明

　　２．振込先口座を確認できる資料（通帳の写し等）（前年度と口座が同一である場合は添付不要）