様式第１号（第５条関係）

病院薬剤師確保事業奨学金返還補助金対象者認定申請書

年　　　月　　　日

　長野県知事　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　 所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　 名

　下記のとおり対象者の認定を受けたいので、病院薬剤師確保事業奨学金返還補助金交付要綱第５条の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| １ 交付要綱第４条第１項該当の種別（次のア・イの該当するものに○をつけること）  　ア 今年度、大学を卒業し薬剤師免許を取得する見込みである  　イ 薬剤師免許を取得しており、長野県外で勤務している | | | |
| ２ 現時点における在学又は勤務状況 | | | |
|  | 在籍する大学又は勤務先の名称  （大学在籍者は学部、学科まで記載すること） | |  |
| 在籍する大学又は勤務先の所在地 | |  |
| ３ 奨学金の借入状況等 | | | |
|  | 奨学金の名称 |  | |
| 借入（予定）期間 | 年　　　　月　～　　　　　年　　　　月 | |
| 返還（予定）残額 | 円／月　（ 総　額　　　　　 　 　　円） | |
| 返還補助希望年数  （１年単位で最大６年まで） | 年 | |
| ４ 現時点における就業予定  （次のア～ウの該当するものに○をつけ、ア・イについては施設名称を記載すること）  ア 就業予定施設が決まっている  　　　 施設名称  　イ 就業希望施設がある  　　　 施設名称  　ウ 未定 | | | |

【添付書類】

　・履歴書（別紙１）　　・奨学金貸与証明書又はこれに準するもの

・大学在籍者においては、在学証明書（在学中の大学の名称及び学部、学年がわかるもの）

・薬剤師免許取得者においては、薬剤師免許証の写し

　・その他知事が必要とするもの

様式第１号関係　別紙１

**履　歴　書 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　写真を貼る位置**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | 1.縦　36～40mm  横　24～30mm  2.本人単身胸から上  3.裏面のりづけ | |
| 氏　　名 |  | |
| 生年月日 | 年　　月　　日生　(満　　　歳) | 男 ・ 女 |
| ふりがな |  | | | 電話番号 |
| 現 住 所 | 〒 | | |  |
| ふりがな |  | | | 電話番号 |
| 連 絡 先 | 〒 | | |  |
| メールアドレス(本人)**※** | | | | |

**※** メールアドレスは長野県から就職に関する情報提供等を行うためにのみ使用します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年 | 月 | 学歴・職歴（各別にまとめて書く） |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年 | 月 | 免　　許　・　資　　格 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

（裏面の「応募理由・目指す病院薬剤師像」も記載すること。）

|  |
| --- |
| 応募理由・目指す病院薬剤師像  （「長野県での就職を希望する理由」、「将来長野県で、どのような病院薬剤師になりたいか」について、合わせて400字以上800字以内で記載してください。） |

様式第２号（第６条関係）

病院薬剤師確保事業奨学金返還補助金対象者認定通知書

第　　　　　号

住　 所

氏　 名

　　　　　年　　月　　日付けで申請のありました病院薬剤師確保事業奨学金返還補助金対象者については、下記のとおり認定しましたので、病院薬剤師確保事業奨学金返還補助金交付要綱第６条の規定により通知します。

　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　長野県知事　　　　　　　　　　印

記

|  |  |
| --- | --- |
| 対象者認定番号 |  |
| 補助制度対象者氏名 |  |
| 対象施設への就業期限 | 年　　　　　月　　　　　日  までに対象施設に就業すること |

様式第３号（第９条関係）

届　　　　　　　　書

年　　　月　　　日

　長野県知事　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　 所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　 名

　病院薬剤師確保事業奨学金返還補助金交付要綱第９条の規定により、下記のとおり

届け出ます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 対 象 者 認 定 番 号 |  |
| 認定者氏名 |  |
| 届　　出　　事　　項  (あてはまるものに○をして  ください。） | (1) 対象者の認定条件を満たさなくなった  (2) 休職、復職、退職又は転職  (3) 補助金の交付の辞退  (4) 住所、氏名その他重要な事項の変更 |
| 内　　　　　　容  （上記届出事項(1)(3)の場合）  又は  理　　　　　　由  （上記届出事項(2)(4)の場合） |  |
| 備　　　　　　 考 |  |

* 内容又は理由が奨学金返還免除等の場合は、免除等が確認できる書類（免除に係る通知又は免除額が分かる証明書の写し等）を添付してください。

様式第４号（第12条関係）

病院薬剤師確保事業奨学金返還補助金交付申請書

年　　　月　　　日

　長野県知事　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　 所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　 名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（対象者認定番号　第　　　　　　　　号）

　病院薬剤師確保事業返還補助金（以下「補助金」という。）の交付を受けたいので、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　（⑤を超えないこと） | | | | | | | |
| ２ 勤務先（補助金申請対象年度の勤務予定状況） | | | | | | | |
|  | 施　設　名　称 | | |  | | | |
| 施 設 所 在 地 | | |  | | | |
| 勤　務　期　間 | | | 年　　 　月 から　　　　年　 　 月 まで | | | |
| 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（　　　カ月） | | | |
| 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（　　　カ月(①)）  （72ヵ月を超えないこと） | | | |
| 奨学金返還額 | | | 円（②） | | | |
| 他の地方公共団体や  企業からの補助額 | | | 円（③） | | | |
| 申 請 上 限 額 | | | ４５,０００円×　　　　カ月(①) ＝ 　　　　　　円（④） | | | |
| 交付申請可能額 | | | 円（⑤）  （②－③又は④のいずれか低い額、１円未満切捨） | | | |
| ５ 奨学金貸与時の就学状況 | | | | | | | |
|  | 就学先名称 | | 大学　　　　　　　学部　　　　　　　学科 | | | | |
| 入学年月 | | 年　　　　月 | | | 卒業年月 | 年　　　　月 |
| ６ 薬剤師名簿登録状況 | | | | | | | |
|  | | 登録番号(登録年月日) | | | （　　　年　　　月　　　日） | | |
| ７ 誓約  私は、補助金を申請するにあたり、下記の内容について相違ないことを確認の上、誓約します。  氏　　名  記  (1) 申請日時点で勤務先に勤めており、今後も交付対象期間の1.5倍以上を就業年として継続勤務します。  (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) 就職後、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します。  (6) 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。  (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。 | | | | | | | |

【添付書類】

１ 毎年度添付するもの

　(1) 在職証明書

(2) 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」の写し等）

(3) 県税に滞納がないことの証明（初年度は、課税対象でない場合は添付不要）

２ 初年度に限り添付するもの

(1) 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

　(2) 他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

(3) 要綱第４条第１項第１号のアに該当する者にあっては、大学等卒業証明書又はこれに準ずるものの写し

　(4) 要綱第４条第１項第１号のアに該当する者にあっては、薬剤師免許証の写し又は登録済証明書の写し（登録済証明書の写しを添付した場合は、翌年度に薬剤師免許証の写しを添付すること。）

　(5) 要綱第４条第１項第１号のイに該当する者にあっては、薬剤師免許証の写し

　(6) 要綱第６条に規定する認定通知書の写し

参考様式

在　職　証　明　書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （ふりがな）  　氏　　　　名 |  | |
| 生 年 月 日 | 年　　　　　月　　　　　日 | |
| 住　　　　所 |  | |
| 就業施設及び期間 | 施 設 名 |  |
| 所 在 地 |  |
| 就業期間 | 年　　月　　日 ～　 　　年　　月　　日 |
| 職　　　　種 |  | |
| 職 務 内 容 |  | |

　上記の者は、当施設の正規雇用職員であり、上記のとおり相違ないことを証明します。

　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記入担当者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　役職・氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先（電話番号）

* 正規雇用者とは、雇用期間の定めのない契約に基づく雇用とし、就業規則等で定める職員と同様の扱いとなる雇用形態をいう。

様式第５号（第13条関係）

病院薬剤師確保事業奨学金返還補助金交付決定書

第　　　　　号

住　　所

氏　　名

　　　　　年　　 月　　 日付けで申請のありました病院薬剤師確保事業奨学金返還補助金について、　　　　　　円を次の条件を付して交付します。

　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　長野県知事　　　　　　　　　　印

　１　事業の実施に当たっては、補助金交付規則（昭和34年長野県規則第９号）及び

病院薬剤師確保事業奨学金返還補助金交付要綱に従うこと。

　２　補助金の交付対象となる事業の内容は、補助金交付申請書のとおりであること。

様式第６号（第14条関係）

病院薬剤師確保事業奨学金返還補助金実績報告書

年　　　月　　　日

　　長野県知事　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　 所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　 名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（対象者認定番号　第　　　　　　　　号）

　　　　 年 　　月 　　日付け　　　第　　　　号で交付決定通知があった補助事業

について、病院薬剤師確保事業補助金交付要綱第14条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり実績を報告します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ 対象年度の勤務実績 | | |
|  | 施 設 名 称 |  |
| 施 設 所 在 地 |  |
| 勤 務 期 間 | 年 　　 　月 から　 　　　年　 　 月 まで |
| ２ 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 ～　　　　年　 　　月 （　　　カ月） |
| 返 還 月 額 | 円 |

【添付書類】

・在職証明書

・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」の写し等）

様式第７号（第15条関係）

病院薬剤師確保事業奨学金返還補助金額確定通知書

第　　　　　号

住　　所

氏　　名

　　　 年 　　月 　　日付け　　　第　　　　号で交付決定した病院薬剤師確保事業

補助金の額を　　　　　　　円と確定します。

　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　長野県知事　　　　　　　　　　印

様式第８号（第16条関係）

病院薬剤師確保事業奨学金返還補助金交付請求書

年　　　月　　　日

　　長野県知事　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　 所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　 名

　　　　 年 　　月 　　日付け　　　第　　　　号で額の確定があった病院薬剤師確保事業補助金について、下記のとおり交付を請求します。

記

１　交付請求額　　　　　金　　　　　　　　　　　　　　　　円

２　補助金の振込先

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 |  |
| 店　舗　名 |  |
| 口 座 種 別 |  |
| 口 座 番 号 |  |
| （フリガナ） |  |
| 口 座 名 義 |  |

様式第９号（第17条関係）

在　　職　　報　　告　　書

年　　　月　　　日

　長野県知事　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　 所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　 名

　病院薬剤師確保事業奨学金返還補助金交付要綱第17条の規定により、 　　　年度の在職状況について下記のとおり報告します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対 象 者 認 定 番 号 | |  |
| 認定者氏名 | |  |
| 勤務先 | 施 設 名 称 |  |
| 施設所在地 |  |
| 該当年度における勤務期間 | 年　 　月　 　日 ～　 　　年　 　月　　 日 |

【添付書類】

・在職証明書