

年 月 日

那賀町長 様

申請者 住 所

氏 名

(対象者認定番号 第 号)

年度 那賀町薬剤師奨学金返還支援金交付申請書

下記のとおり那賀町薬剤師奨学金返還支援金（以下「支援金」という。）の交付を受けたいので、那賀町薬剤師奨学金返還支援金交付要綱第 12 条の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

1 交付申請額	金 円 (⑤を超えないこと)
2 勤務先（支援金申請対象年度の勤務予定状況）	
施 設 名 称	
勤 務 期 間	年 月 から 年 月 まで
3 対象奨学金	
奨 学 金 名 称	
借入金額(総額)	円
返 還 期 間	年 月 ～ 年 月 (カ月)
返還月額(年額)	月額 円 / 年額 円
4 交付申請額の算定（支援金申請対象年度の返還予定に限る。）	
奨学金返還期間	年 月 ～ 年 月 (カ月(①))
奨学金返還額	円 (②)
他の地方公共団体や 企業等からの助成額	円 (③)
申 請 上 限 額	130,000円又は × カ月(①) = 円 (④) 100,000円※ ※申請上限月額は、支援金の交付累計月数が 72 以下の場合は 130,000 円、73 以上の場合は 100,000 円
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 奨学金借入時の就学状況			
就学先名称	大学（大学院）		学部 学科（研究科）
入学年月	年 月	卒業・修了年月	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、支援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（交付対象期間が9年未満かつ交付対象期間の1.5倍が9年以上となる場合は9年、交付対象期間が9年を超える場合は交付対象期間）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) 町税その他町が徴収する負担金、利用料、保険料等の滞納はありません。 (5) 就職後、町が策定又は認めるプログラムに基づく研修を受講します。 (6) 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) 確認書（様式第5号別紙）
- (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) 他の奨学金返還支援制度を併用する場合、その助成額がわかる資料の写し

2 初年度に限り添付するもの

- (1) 要綱第4条第1項第1号のアに該当する者にあつては、大学等卒業証明書・修了証明書又はこれに準ずるものの写し
- (2) 要綱第4条第1項第1号のアに該当する者にあつては、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。）
- (3) 要綱第4条第1項第1号のイに該当する者にあつては、薬剤師免許証の写し