（様式１号）

薬剤師修学資金返済支援対象者認定申請書

年　　月　　日

石川県知事　殿

申請者住所

氏名

電話番号

石川県薬剤師修学資金返済支援事業実施要綱第４条の規定により、支援対象者としての認定を申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 勤務先 | |  | |
| 修学資金 | 借入先 |  | |
| 大学等で借り入れた修学資金の返済残高（注１） | 円…① | |
| 借入期間 | 年　　月～　　　　年　　月（　　カ月…②） | |
| うち、卒業前４年の借入期間  年　　月～　　　　年　　月（　　カ月…③） | |
| 支援金の予定額（注２） | ，０００円…④ | |
| 主な対象者要件 | 石川県地域連携薬剤師共育プログラムにおけるプログラム薬剤師として登録された者であること（登録の申請中である者を含む） | |  |
| 大学等の在学期間中に奨学金を借り入れており、現に返済中であること。また、④の予定額が１,０００円以上であること。 | |  |
| 他に本事業と趣旨を同じくする支援金等の交付を受けていないこと（交付予定を含む。）また、貸与された修学資金の返済が免除されていないこと。（免除予定を含む。） | |  |

|  |
| --- |
| （同意事項）  私は、石川県地域連携薬剤師共育プログラム実施要綱及び石川県薬剤師修学資金返済支援事業実施要綱の内容を十分理解しました。万一、支援対象者の要件を満たさない事象が生じた場合は、支援金の交付を受けることができないことについて理解し、了承しました。  年 　月　 日　　　　（氏名自署） |

注１）修学資金返済証明書又はこれに準じた書類から転記。利息、延滞金、返済免除額及び返済済額を含まない。

注２）支援金の予定額は、要綱第6条に示す計算式により計算すること。また、240万円を上限額とする。

（添付書類）

１　履歴書

２　修学資金貸与証明書又はこれに準じた書類（発行から30日以内のもの）

３　修学資金返済証明書又はこれに準じた書類（発行から30日以内のもの）

（様式２号）

支援金交付申請書兼返済支援事業実績報告書兼請求書

年　　月　　日

石川県知事　殿

申請者住所

氏名

電話番号

石川県薬剤師修学資金返済支援事業実施要綱第７条の規定により、支援金の交付申請をするとともに、　　　年　月　日付け薬第　　　号により、支援金交付決定のあった事業を完了したので、関係書類を添えて報告します。なお、交付決定後は、交付決定額を請求します。

|  |  |
| --- | --- |
| 満了したコース名 |  |
| 支援金の交付予定額（請求額） | ，０００円 |
| 備考 |  |

（記入上の注意）

　１　支援金の交付予定額（請求額）については、プログラム薬剤師の登録通知に記載の額を転記すること。

（添付書類）

１　共育プログラムの満了確認書の写し

２　債権者登録申出書

３　その他県が必要と認めるもの