

大分県病院薬剤師奨学金返還支援事業費補助金交付要綱

(趣旨)

第1条 知事は、病院薬剤師の確保を図るため、大分県病院薬剤師奨学金返還支援事業実施要領（令和7年3月伺定。以下「実施要領」という。）に基づき、薬剤師の奨学金返還支援及び教育プログラムによる研修を実施する県内の病院（以下「対象病院」という。）が、事業を実施するのに要する経費に対し、予算の定めるところにより補助金を交付するものとし、その交付については、大分県補助金等交付規則（昭和43年大分県規則第27号。以下「規則」という。）に定めるもののほか、この要綱に定めるところによる。

(定義)

第2条 この要綱において、用語の定義は、次の各号に掲げるとおりとする。

- (1) 大学等 学校教育法（昭和22年法律第26号）に基づき設置された大学及び大学院をいう。
- (2) 奨学金 大学等の修学のために貸与を受けた本人による返還が必要な独立行政法人日本学生支援機構の奨学金その他知事が適当と認める奨学金をいう。ただし、特定分野や企業等の人材確保、地域への定着を目的とするもので返還を免除されるものを除く。
- (3) 病院 医療法（昭和23年法第205号）第7条第1項に基づく開設の許可を受けた病院のことをいう。
- (4) 正規雇用 期間の定めのない労働契約に基づく雇用であって、所定労働時間が通常の労働者の所定労働時間と同じであり、就業規則等に規定する賃金の算出方法及び支給形態、賞与、退職金、休日、定期的な昇給や昇格の有無等の労働条件について長期雇用を前提とした待遇が適用されている雇用をいう。

(補助対象経費、補助対象期間、補助率及び補助限度額)

第3条 この補助金の交付の対象となる補助対象経費、補助対象期間、補助率及び補助限度額は、別表第1のとおりとする。

(対象病院の登録等)

第4条 この補助金の交付を受けようとする者は、大分県病院薬剤師奨学金返還支援事業費補助金対象病院登録申請書（第1号様式）に次に掲げる書類を添えて、知事に提出しなければならない。

- (1) 奨学金返還支援制度の内容を確認することができる書類（要綱、規程等）

(2) 第7条に掲げる奨学金返還支援制度により奨学金返還の支援を受ける薬剤師（以下「支援対象者」という。）に対する教育プログラムの内容を確認することができる書類

(3) 誓約書（第2号様式）

2 知事は、前項の規定により提出された書類を確認し、この補助金の対象病院として登録したときは、その旨を大分県病院薬剤師奨学金返還支援事業費補助金対象病院登録決定通知書（第3号様式）により通知する。

3 前項の規定による登録の有効期間は、当該登録を受けた年度の3月31日までとする。ただし、登録の有効期間中に登録の取消しの申し出がない場合は、登録の有効期間を1年更新し、それ以後も同様とする。

4 対象病院として県の登録を受けた者は、第5条各号に掲げる要件のいずれかを満たさなくなったとき又は登録の取消しを求めるときは、大分県病院薬剤師奨学金返還支援事業費補助金対象病院登録取消届出書（第4号様式）により、速やかに知事に届け出なければならない。

5 対象病院として県の登録を受けた者は、病院の名称や所在地など登録内容、奨学金返還支援制度の内容又は教育プログラムの内容等に変更があったときは、大分県病院薬剤師奨学金返還支援事業費補助金対象病院登録内容変更届出書（第5号様式）により、速やかに知事に届け出なければならない。

（対象病院の要件）

第5条 対象病院の登録に係る要件は、次の各号に掲げる要件の全てを満たすものとする。

(1) 県内で開設している病院であること。

(2) 当該病院において薬剤師を正規雇用で採用するための活動を行うこと。

(3) 当該病院において正規雇用した薬剤師に対し奨学金返還を支援するための制度（以下「奨学金返還支援制度」という。）を設けていること。

(4) 支援対象者が受講可能な知事が認める教育プログラムを設けていること。

(5) 次の全てについて誓約できる者であること。

ア 奨学金返還支援制度により支援対象者に対して奨学金返還を支援するため手当等を支給（補助対象者が支援対象者に代わって奨学金貸与機関に送金する場合を含む。以下同じ。）すること。

イ 奨学金返還支援制度による支援期間中、支援対象者に対して、知事が認める教育プログラムを受講させること。

ウ 次の全てを満たしていること。ただし、国、県、市町村その他市町村その他これらに準ずる開設者については、(a)～(e)を適用除外とする。

- (a) 雇用保険適用事業所の事業者であること。
- (b) 労働保険料を滞納していないこと。
- (c) 過去1年間に労働関係法令違反を行っていないこと。
- (d) 県税の全項目について滞納がないこと。
- (e) 別表第2のいずれにも該当しないこと。

(対象病院の登録の取消し)

第6条 知事は、対象病院が次の各号のいずれかに該当するときは、対象病院の登録の取消し等の措置を行うことが出来る。

- (1) 虚偽の申込又はその他不正行為により、登録したことが明らかになったとき
- (2) 第5条各号に掲げる要件のいずれかを満たさないことが明らかになったとき
- (3) 労働関係法令に違反する等対象病院としてふさわしくないと知事が認めたとき

2 知事は、前項の規定に基づき登録を取り消したときは、当該対象病院に通知する。

(支援対象者)

第7条 支援対象者は、この補助金の申請年度に新しく対象病院に採用される又は前年度にこの補助金の交付を受け、対象病院に継続して雇用される者のうち、次の各号に掲げる要件を全て満たしていること。

- (1) 薬剤師として採用されている又は採用予定の者
- (2) 県内病院からの転職者ではない者。
- (3) 補助対象事業終了後、通算の補助対象期間の2分の1以上の期間（以下「勤務義務期間」という。）において、対象病院で薬剤師として継続して勤務することができる者。なお、県内の他の病院への出向など知事が特に必要があると認めるときは、対象病院以外で勤務することができる。
- (4) 申請日時点において大学等在学中に貸与を受けた奨学金に返還残額がある者
- (5) 勤務義務期間において、対象病院が実施する教育プログラムによる研修を継続して受講する者

(補助金の交付申請)

第8条 規則第3条第1項の規定による申請は、大分県病院薬剤師奨学金返還支援事業費補助金交付申請書（第6号様式）によるものとし、毎年度、次に掲げる書類を添付し、知事が別に定める期日までに知事に提出しなければならない。ただし、申請初年度に交付決定を受けた者が翌年度以降も申請する場合、内容に変更がない場合は、第3号及び第4号の書類の提出を省略することができる。

- (1) 奨学金返還支援事業計画書（別紙1）

(2) 収支予算書（別紙 2）

(3) 支援対象者の薬剤師免許証又は登録済証明書の写し

(4) 返還を支援する奨学金が返還義務のある貸与型であり、かつ返還残額があることを確認することができるもの

2 規則第 3 条第 3 項の規定により、申請書若しくは添付書類に記載すべき事項又は添付すべき書類のうち省略することのできるものは、同条第 2 項第 1 号、第 2 号及び第 6 号に掲げる事項とする。

（補助条件）

第 9 条 規則第 5 条の規定による補助条件は、次のとおりとする。

(1) 補助事業の内容を変更する場合は、大分県病院薬剤師奨学金返還支援事業費補助金変更承認申請書（第 7 号様式）を知事に提出し、その承認を受けること。

(2) 次のいずれかに該当し、補助事業を中止又は廃止する場合は、大分県病院薬剤師奨学金返還支援事業費補助金事業中止（廃止）承認申請書（第 8 号様式）を速やかに知事に提出すること。

ア 支援対象者が異動や退職等により、第 7 条の要件を満たせないとき

イ 支援対象者の認定又は補助金の交付を辞退しようとするとき

ウ 支援対象者が奨学金の返還を滞納していたとき

エ 災害、傷病、産前休業・産後休業および育児休業等で奨学金の団体から返還期限の猶予が認められたとき

(3) 補助事業が予定の期間内に完了しない場合又は補助事業の遂行が困難となった場合は、速やかに知事に報告し、その指示を受けること。

(4) この補助金に係る収入及び支出を明らかにした預金通帳、金銭（預金）出納簿等の帳簿及び契約書、領収書等の証拠書類は、勤務義務期間満了後 5 年間整備保管すること。

(5) 暴力団員（暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成 3 年法律第 77 号）第 2 条第 6 号に規定する暴力団員をいう。以下同じ。）又は暴力団（同法第 2 条第 2 号に規定する暴力団をいう。）若しくは暴力団員と密接な関係を有する者であってはならないこと。

(6) 補助金の対象経費と重複して他の補助金等の交付を受けてはならないこと。

(7) 支援対象者が第 7 条第 3 号の要件を満たすまでは、毎年度、大分県病院薬剤師奨学金返還支援事業費補助金事業勤務状況報告書兼勤務義務期間満了報告書（第 9 号様式）を知事に提出すること。

(8) 前各号に掲げるもののほか、補助事業を遂行するために必要があると知事が定める事項に従うこと。

(9)その他、規則、実施要領及びこの要綱の定めに従うこと。

(補助金の交付決定の通知)

第10条 規則第6条の規定による通知は、大分県病院薬剤師奨学金返還支援事業費補助金交付決定通知書（第10号様式）により行うものとする。

(申請の取下げのできる期間)

第11条 規則第7条第1項の規定により申請の取下げのできる期間は補助金交付決定通知書を受領した日から起算して15日を経過した日までとする。

(補助金の交付決定の取消し及び補助金の返還)

第12条 知事は、当該対象病院が次の各号のいずれか又は別表第2に掲げる事項のいずれかに該当すると認めた場合は、補助金の額の確定の有無にかかわらず、補助金の交付の決定の全部若しくは一部を取り消し、又は既に交付した補助金の全部若しくは一部の返還を命ずることができる。

(1) 規則又はこの要綱の規程に違反した場合

(2) 法令若しくはこの要綱の規定又は法令若しくはこの要綱の規定に基づく処分若しくは指示に違反した場合

(3) 不正又は虚偽の申請により補助金の交付決定を受けた場合

(4) 補助事業に関して不正その他不適当な行為をした場合

(5) 対象病院が奨学金返還支援制度により支援対象者に支給した手当等の返還を受けた場合

(6) 支援対象者が、自己都合等により、補助対象期間中及び補助対象事業終了後、勤務義務期間において、対象病院で継続して勤務しなかった場合

(実績報告)

第13条 規則第12条の規定による実績報告は、大分県病院薬剤師奨学金返還支援事業費補助金実績報告書（第11号様式）によるものとし、次に掲げる書類を添付し、毎年度、補助対象期間終了若しくは廃止の承認を受けた日から起算して30日を経過した日、又は補助金の交付決定のあった日の属する年度の翌年度の4月10日のいずれか早い時期までに、知事に提出しなければならない。

(1) 奨学金返還支援事業実績報告書（別紙1）

(2) 収支精算書（別紙2）

(3) 給与明細書又は賃金台帳等支援対象者に奨学金返還を支援するための手当等を支給した月ごとの実績を確認することができる書類の写し

(4) 対象病院が実施する教育プログラムに基づく研修を支援対象者の受講状況が分かる書類

(5) その他知事が必要と認める書類

(補助金の額の確定通知)

第 14 条 規則第 13 条の規定による通知は、大分県病院薬剤師奨学金返還支援事業費補助金の額の確定通知書（第 12 号様式）により行うものとする。

(補助金の交付方法)

第 15 条 この補助金は精算払の方法により交付する。ただし、知事が必要と認める場合は、概算払の方法により交付することができる。

(補助金の交付請求)

第 16 条 補助金の交付決定通知を受けたものが、補助金の交付を請求しようとするときは、大分県病院薬剤師奨学金返還支援事業費補助金交付請求書（第 13 号様式）を知事に提出しなければならない。

(書類の提出部数等)

第 17 条 規則及びこの要綱の規定により知事に提出する書類の部数は 1 部とする。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は令和 7 年度の予算に係る大分県病院薬剤師奨学金返還支援事業費補助金から適用する。

別表第 1（第 3 条関係）

補助対象経費	対象病院が、支援対象者に対して奨学金返還を支援するために支給する手当等 (対象病院が支援対象者に代わって奨学金貸与機関に送金する場合を含む)
補助対象期間	1 各年度 補助金の交付決定日から当該年度の 3 月 31 日までのうち、支援対象者が対象病院から奨学金返還のために支給を受ける最初の月から最後の月までの期間 2 通算 支援対象者が対象病院に就職した日を起点として、当該日の属する年度から起算して、貸与を受けていた奨学金の返還期間のうち 6 年を超えない期間とする。 (ただし、産前・産後休暇、育児休業その他の事由により、奨学金の貸与団体において奨学金の返還期限の猶予が承認された場合は、当該猶予期間を上限に延長することができる。)
補助率	令和 7 年 4 月 1 日以降に奨学金返還支援制度を創設した対象病院のうち、当該補助金を初めて申請する場合（以下「新設」という。）：3 分の 2 以内 上記以外（以下「既設」という。）：2 分の 1 以内
補助限度額	新設：53.3 万円／年／人 既設：40 万円／年／人 ※補助対象期間が 1 年に満たない場合は、1 月ごとに以下の限度額を適用する。 新設：44,416 円／月 既設：33,333 円／月 補助金の額：補助対象経費に補助率を乗じて得た額又は補助限度額のいずれか少ない額 (ただし、1,000 円未満の端数が生じたときは、これを切り捨てるものとする。)

別表第2（第4条、第12条関係）

- 1 暴力団（暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成3年法律第77号）第2条第2号に規定する暴力団をいう。以下同じ。）
- 2 暴力団員（同法第2条第6号に規定する暴力団員をいう。以下同じ。）
- 3 暴力団員が役員となっている事業者
- 4 暴力団員であることを知りながら、その者を雇用・使用している者
- 5 暴力団員であることを知りながら、その者と下請契約又は資材、原材料の購入契約等を締結している者
- 6 暴力団又は暴力団員に経済上の利益又は便宜を供与している者
- 7 暴力団又は暴力団員と社会通念上ふさわしくない交際を有するなど社会的に非難される関係を有している者
- 8 暴力団又は暴力団員であることを知りながらこれらを利用している者
- 9 1～8までに掲げる者が、その経営に実質的に関与している法人その他の団体又は個人

第1号様式（第4条関係）

年 月 日

大分県知事 殿

申請者住所
(法人の場合は、主たる事務所所在地)

申請者氏名(病院の開設者)
(法人の場合は、法人名及び代表者職氏名)

年度大分県病院薬剤師奨学金返還支援事業費補助金対象病院登録申請書

大分県病院薬剤師奨学金返還支援事業費補助金交付要綱第4条第1項の規定により、下記のとおり対象病院の登録を申請します。

記

(1) 名称

(2) 所在地

(3) 代表電話番号

(4) 奨学金返還支援制度の創設年度

<添付資料> 書類の添付を確認し、□にチェックをしてください。

- ☐ 奨学金返還支援制度の内容を確認することができる書類（要綱、規程等）
- ☐ 奨学金返還支援制度により支援する薬剤師に対する教育プログラムの内容を確認できる書類
- ☐ 誓約書（第2号様式）

担当部署	
担当者名	
電話番号	(直通)
E-mail	

第2号様式（第4条関係）

年 月 日

誓 約 書

大分県知事

殿

申請者住所

（法人の場合は、主たる事務所所在地）

申請者氏名（病院の開設者）

（法人の場合は、法人名及び代表者職氏名）

大分県病院薬剤師奨学金返還支援事業費補助金対象病院としての登録申請にあたり、下記の事項について誓約します。

記

- 1 当病院の奨学金返還支援制度により、支援対象者に対して奨学金返還を支援するため手当等を支給します。
- 2 当該制度により支援する支援対象者に対して、知事が認める教育プログラムを受講させます。
- 3 次の全てを満たしています。
（国、県、市町村その他これらに準じる開設者については、(1)～(4)を適用除外とする）
 - (1) 雇用保険適用事業所の事業者であること。
 - (2) 労働保険料を滞納していないこと。
 - (3) 過去1年間に労働関係法令違反を行っていないこと。
 - (4) 県税の全項目について滞納がないこと。
 - (5) 大分県病院薬剤師奨学金返還事業費補助金交付要綱の別表第2のいずれにも該当しないこと。

第3号様式（第4条関係）

年度大分県病院薬剤師奨学金返還支援事業費補助金対象病院登録決定通知書

第 号
年 月 日

殿

大分県知事

年 月 日付けで登録申請のあった 年度大分県病院薬剤師奨学金返還支援事業費補助金対象病院については、登録することに決定したので、大分県病院薬剤師奨学金返還支援事業費補助金交付要綱第4条第2項の規定により通知します。

第4号様式（第4条関係）

年 月 日

大分県知事

殿

届出者住所

（法人の場合は、主たる事務所所在地）

届出者氏名（病院の開設者）

（法人の場合は、法人名及び代表者職氏名）

大分県病院薬剤師奨学金返還支援事業費補助金対象病院登録取消届出書

大分県病院薬剤師奨学金返還支援事業費補助金交付要綱第4条第4項の規定により、対象病院の登録の取消しについて届け出ます。

記

1 取消年月日

2 取消事由

担当部署	
担当者名	
電話番号	（直通）
E-mail	

第5号様式（第4条関係）

年 月 日

大分県知事

殿

届出者住所

（法人の場合は、主たる事務所所在地）

届出者名（病院の開設者）

（法人の場合は、法人名及び代表者職氏名）

大分県病院薬剤師奨学金返還支援事業費補助金対象病院登録内容変更届出書

大分県病院薬剤師奨学金返還支援事業費補助金交付要綱第4条第5項の規定により、下記のとおり対象病院の登録内容に変更がありましたので届け出ます。

記

1 変更内容（該当するものの□にチェックをしてください。）

☐ 名称

☐ 所在地

☐ 代表電話番号

☐ 奨学金返還支援制度

※制度の内容を確認できる書類（要綱、規程等）を添付してください

☐ 教育プログラム

※教育プログラムの内容を確認できる書類を添付してください。

担当部署	
担当者名	
電話番号	（直通）
E-mail	

第6号様式（第8条関係）

年 月 日

大分県知事 殿

申請者住所
(法人の場合は、主たる事務所所在地)

申請者氏名(病院の開設者)
(法人の場合は、法人名及び代表者職氏名)

大分県病院薬剤師奨学金返還支援事業費補助金交付申請書

大分県病院薬剤師奨学金返還支援事業費補助金交付要綱第8条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

- 1 補助対象期間 年 月 ～ 年 月
- 2 補助対象経費 金 _____ 円
- 3 補助金申請額 金 _____ 円 (千円未満の端数切り捨て)
- 4 事業計画書 別紙1 奨学金返還支援事業計画書のとおり

<添付資料> 書類の添付を確認し、□にチェックをしてください。

- ☐ 奨学金返還支援事業計画書（別紙1）
- ☐ 収支予算書（別紙2）
- ☐ 支援対象者の薬剤師免許証又は登録済証明書の写し
- ☐ 返還を支援する奨学金が返済義務のある貸与型であることを確認することができるもの

担当部署	
担当者名	
電話番号	(直通)
E-mail	

別紙 1

奨学金返還支援事業計画書

支援対象者	ふりがな 氏 名		
	勤務(対象) 病院名		
	雇用年月日	年 月 日	年 月 日
	新卒・既卒の別 (※1)	新卒者 ・ 既卒者	新卒者 ・ 既卒者
	生年月日	年 月 日	年 月 日
	薬剤師名簿 登録番号		
	義務勤務期間 満了日	年 月 日	年 月 日
奨学金返還 支援制度 による 手当等の 支給方法	返還支援対象 奨学金名		
	支給予定期間 (※2)	年 月～ 年 月	年 月～ 年 月
	支給予定総額 (※3)	円	円
	支給時期	毎月・()月に1回 ()円/月 年1回・()月 ()円/年 その他()	毎月・()月に1回 ()円/月 年1回・()月 ()円/年 その他()

(※1) 申請日の属する年度の状況

既卒者については、申請日の属する年度の前年度までに県内の事業所等に勤務していた者
にあつては、病院を除く事業所等に勤務していた者に限る。

(※2) 対象病院が定める奨学金返還支援制度による支給予定期間

(※3) 対象病院が補助対象期間中に支援対象者に奨学金返還支援のため支給する手当等の予定総
額

別紙 2

収支予算書

1 収入

項目	予算額	備考
県費補助金	円	
計		

2 支出

項目	予算額	備考
	円	
計		

第7号様式（第9条関係）

年 月 日

大分県知事 殿

申請者住所
(法人の場合は、主たる事務所所在地)

申請者名(病院の開設者)
(法人の場合は、法人名及び代表者職氏名)

大分県病院薬剤師奨学金返還支援事業費補助金変更承認申請書

年 月 日付け 第 号で交付の決定がありました大分県病院薬剤師奨学金返還支援事業について、下記のとおり変更したいので、大分県病院薬剤師奨学金返還支援事業費補助金交付要綱第9条第1項第1号の規定により、申請します。

記

- 1 補助対象期間 (変更前 年 月 ～ 年 月)
年 月 ～ 年 月
- 2 補助対象経費 (変更前 金 円)
金 円
- 3 補助金申請額 (変更前 金 円) (千円未満の端数切り捨て)
金 円 (千円未満の端数切り捨て)

担当部署	
担当者名	
電話番号	(直通)
E-mail	

(裏面に続く)

4 奨学金返還支援事業変更計画書

申請時に提出した奨学金返還支援事業計画書から変更する項目に☑を付けてください。

支援対象者	ふりがな 氏 名				
	勤務(対象) 病院名				
	生年月日	年 月 日		年 月 日	
	薬剤師名簿 登録番号				
奨学金返還 支援制度 による 手当等の 支給方法	義務勤務期間 満了日	☐	年 月 日	☐	年 月 日
	返還支援対象 奨学金名	☐		☐	
	支給予定期間 (※1)	☐	年 月～ 年 月	☐	年 月～ 年 月
	支給予定総額 (※2)	☐	円	☐	円
	支給期間	☐	毎月・()月に1回 ()円/月 年1回・()月 ()円/年 その他()	☐	毎月・()月に1回 ()円/月 年1回・()月 ()円/年 その他()

(※1) 対象病院が定める奨学金返還支援制度による支給予定期間

(※2) 対象病院が補助対象期間中に支援対象者に奨学金返還支援のため支給する手当等の総額

第8号様式（第9条関係）

年 月 日

大分県知事

殿

申請者住所

（法人の場合は、主たる事務所所在地）

申請者名（病院の開設者）

（法人の場合は、法人名及び代表者職氏名）

大分県病院薬剤師奨学金返還支援事業費補助金事業中止（廃止）承認申請書

年 月 日付け 第 号で交付の決定がありました大分県病院薬剤師奨学金返還支援事業について、下記のとおり（中止・廃止）したいので、大分県病院薬剤師奨学金返還支援事業費補助金交付要綱第9条第1項第2号の規定により、申請します。

記

1 中止・廃止の理由

- ☐ 支援対象者が異動や退職等により、第7条第4号の要件を満たせないとき
- ☐ 支援対象者の認定又は補助金の交付を辞退するとき
- ☐ 支援対象者が奨学金の返還を滞納していたとき
- ☐ 災害、傷病、産前休業・産後休業及び育児休業等で奨学金の団体から返還期間の猶予が認められたとき
- ☐ その他（ ）

2 中止・廃止日

※奨学金の団体から返還期間猶予が認められた場合は、猶予期間も記載してください

<添付資料> 添付した書類について、□にチェックをしてください。

中止承認申請の場合のみ

- ☐ 大分県病院薬剤師奨学金返還支援事業費補助金変更承認申請書（第7号様式）
- ☐ 奨学金返還期限猶予の場合、内容が確認できる書類

（裏面に続く）

担当部署	
担当者名	
電話番号	(直通)
E-mail	

第9号様式（第9条関係）

年 月 日

大分県知事

殿

報告者住所

（法人の場合は、主たる事務所所在地）

報告者名（病院の開設者）

（法人の場合は、法人名及び代表者職氏名）

大分県病院薬剤師奨学金返還支援事業費補助金事業勤務状況報告書
兼勤務義務期間満了報告書

大分県病院薬剤師奨学金返還支援事業費補助金を受け、奨学金返還支援制度により奨学金返還の支援を受ける薬剤師が当病院で勤務義務期間を継続して勤務しましたので、大分県病院薬剤師奨学金返還支援事業費補助金交付要綱第9条第1項第8号の規定により、下記のとおり報告します。

記

1 支援対象者氏名

2 補助対象期間

年 月 ～ 年 月

3 勤務義務期間満了日

年 月 日

4 報告内容（該当するものの□にチェックをしてください。）

☐ 勤務継続報告

☐ 勤務期間満了報告

<添付資料> 書類の添付を確認し、□にチェックをしてください。

☐ 支援対象者が勤務義務期間において、継続して勤務したことを確認することができる書類

☐ 対象病院が実施する教育プログラムに基づく研修の支援対象者の受講状況を確認することができる書類

（裏面に続く）

担当部署	
担当者名	
電話番号	(直通)
E-mail	

第 10 号様式（第 10 条関係）

年度大分県病院薬剤師奨学金返還支援事業費補助金交付決定通知書

第 号
年 月 日

殿

大分県知事

年 月 日付けで交付申請のあった 年度大分県病院薬剤師奨学金返還支援事業費補助金については、下記のとおり交付することに決定したので、大分県病院薬剤師奨学金返還支援事業費補助金交付要綱第 10 条の規定により通知します。

記

- 1 補助対象経費 金 円
- 2 補助金の交付決定額 金 円
- 3 補助条件

(1) 補助事業の内容を変更する場合は、大分県病院薬剤師奨学金返還支援事業費補助金変更承認申請書（第 7 号様式）を知事に提出し、その承認を受けること。

(2) 次のいずれかに該当し、補助事業を中止又は廃止する場合は、大分県病院薬剤師奨学金返還支援事業費補助金事業中止（廃止）承認申請書（第 8 号様式）を速やかに知事に提出すること。

ア 支援対象者が異動や退職等により、第 7 条第 4 号の要件を満たせないとき

イ 支援対象者の認定又は補助金の交付を辞退しようとするとき

ウ 支援対象者が奨学金の返還を滞納していたとき

エ 災害、傷病、産前休業・産後休業および育児休業等で奨学金の団体から返還期限の猶予が認められたとき

(3) この補助金に係る収入及び支出を明らかにした預金通帳、金銭（預金）出納簿等の

帳簿及び契約書、領収書等の証拠書類は、勤務義務期間満了後5年間整備保管すること。

- (4) 暴力団員（暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成3年法律第77号）第2条第6号に規定する暴力団員をいう。以下同じ。）又は暴力団（同法第2条第2号に規定する暴力団をいう。）若しくは暴力団員と密接な関係を有する者であってはならないこと。
- (5) 補助金の対象経費と重複して他の補助金等の交付を受けてはならないこと。
- (6) 支援対象者が要綱第7条第3の要件を満たすまでは、毎年度、大分県病院薬剤師奨学金返還支援事業費補助金事業勤務状況報告書兼勤務義務期間満了報告書（第9号様式）を知事に提出すること。
- (7) 前各号に掲げるもののほか、補助事業を遂行するために必要があると知事が認めて指示した事項に従うこと。
- (8) その他、大分県補助金等交付規則（以下、「規則」という）、大分県病院薬剤師奨学金返還支援事業実施要領及びこの要綱の定めに従うこと。

（備考）

要綱第9条第1項第1号の規定による大分県病院薬剤師奨学金返還支援事業費補助金変更承認申請書（第7号様式）に基づき変更交付決定をする場合は、この様式中「交付決定通知書」を「変更交付決定通知書」に、「交付申請」を「変更承認申請」に、「交付」を「変更交付」にそれぞれ読み替えるものとし、記の1及び2については、変更前をカッコ書きで上段に記載すること。

第 11 号様式（第 13 条関係）

年 月 日

大分県知事

殿

報告者住所

（法人の場合は、主たる事務所所在地）

報告者氏名（病院の開設者）

（法人の場合は、法人名及び代表者職氏名）

大分県病院薬剤師奨学金返還支援事業費補助金実績報告書

年 月 日付け 第 号で交付の決定がありました大分県病院薬剤師奨学金返還支援事業について、大分県病院薬剤師奨学金返還支援事業費補助金交付要綱第 13 条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて実績を報告します。

記

- 1 補助対象期間 年 月 ～ 年 月
- 2 交付決定額 金 _____ 円
- 3 補助金対象額 金 _____ 円
- 4 事業実績報告書 別紙 1 奨学金返還支援事業実績報告書のとおり
- 5 収支清算書（別紙 2）

（裏面に続く）

＜添付資料＞ 書類の添付を確認し、□にチェックをしてください。

- ☐ 奨学金返還支援事業実績報告書（別紙１）
- ☐ 収支精算書（別紙２）
- ☐ 給与明細書又は賃金台帳など、支援対象者に奨学金返還を支援するための手当等を支給した実績を確認することができる書類の写し
- ☐ 対象病院が実施する教育プログラムに基づく研修の支援対象者の受講状況を確認することができる書類

担当部署	
担当者名	
電話番号	(直通)
E-mail	

別紙 1

奨学金返還支援事業実績報告書

支援対象者	ふりがな 氏 名		
	勤務(対象) 病院名		
	薬剤師名簿 登録番号		
奨学金返還 支援制度 による 手当等の 支給方法	支給期間 (※1)	年 月～ 年 月	年 月～ 年 月
	支給時期	毎月・()月に1回 ()円/月 年1回・()月 ()円/年 その他()	毎月・()月に1回 ()円/月 年1回・()月 ()円/年 その他()
	補助対象経費 (※2)	円	円
	補助金申請額 (※3)	円	円
	備考		

(※1) 対象病院が定める奨学金返還支援制度による支給期間

(※2) 補助対象期間中に対象病院が支援対象者に奨学金返還支援のため支給した手当等の総額

(※3) 別表第1により算出(単位:円)

別紙 2

収支精算書

1 収入

項目	精算額	予算額	増減	備考
県費補助金	円	円	円	
計				

2 支出

項目	精算額	予算額	増減	備考
	円	円	円	
計				

第 12 号様式（第 14 条関係）

年度大分県病院薬剤師奨学金返還支援事業費補助金の額の確定通知書

第 号
年 月 日

殿

大分県知事

印

年 月 日付けで提出された 年度大分県病院薬剤師奨学金返還支援事業費
補助事業実績報告書に基づき、 年 月 日付け 第 号による交付決定通
知に係る補助金の額 円は金 円に確定したので、大分県病院薬剤
師奨学金返還支援事業費補助金交付要綱第 14 条の規定により通知します。

第 13 号様式（第 16 条関係）

年度大分県病院薬剤師奨学金返還支援事業費補助金交付請求書

年 月 日

大分県知事 殿

申請者住所
(法人の場合は、主たる事務所所在地)

申請者名(病院の開設者)
(法人の場合は、法人名及び代表者職氏名)

年 月 日付けで 第 号で交付決定通知のあった 年度大分県病院薬剤師奨学金返還支援事業費補助金について、精算払（概算払）の方法により補助金 円を交付されるよう、大分県病院薬剤師奨学金返還支援事業費補助金交付要綱大 16 条の規定により、下記のとおり請求します。

記

- 1 交 付 決 定 額
- 2 概 算 払 受 領 済 額
- 3 今 回 請 求 額
- 4 残 額

（注）精算払請求の場合は、「1 交付決定額」の次に「2 額の確定額」を追加し、2、3を3、4とし「4 残額」は削る。

（振込先）

銀行・支店名	
口座の種別	☐ 普 通 ☐ 当 座 ☐ 貯 蓄
口座番号	
口座名義人	(フリガナ)