様式第１号（第６条関係）

　　　年　月　日

佐賀県知事 様

（申請者・請求者）

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 |  |
| 氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| 在籍大学・ 学部・学科名 |  |
| 学年 | （既卒者の場合は卒業年） |

令和 年度佐賀県臨床研修病院見学等交通費助成金交付申請書兼実績報告書兼請求書

標記について、下記のとおり助成金を交付されるよう、佐賀県補助金等交付規則及び佐賀県臨床研修病院見学等交通費助成金交付要綱の規定により、関係書類を添えて申請します。

また、本申請に係る交付決定及び額の確定後は、下記請求額を請求します。

なお、助成金の交付申請に当たり、私は要綱第３条第２項の規定に抵触しないことを誓約します。また、県が必要な場合には、佐賀県警察本部に照会することについて承諾します。

記

１．交付申請額の積算及び請求額

|  |  |
| --- | --- |
| ①助成対象経費  （別紙１の２の（Ａ）を転記） | 円 |
| ②助成金の上限額  （いずれかにチェック） | □　20,000円（住所地が沖縄県を除く九州内）  □　40,000円（住所地が上記以外の地域） |
| **③交付申請額及び請求額**  **（①と②を比較して低い方の額）** | **円** |

２．助成金振込先（申請者名義の口座を記載してください）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 銀行 | 本支店名 | 支店（所） | | | | | | |
| 預金種別  （○で囲む） | 普通 ・ 当座 | 口座番号  （左詰め） |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義人（カナ） |  | | | | | | | | |

【添付書類】

|  |  |
| --- | --- |
| □ | （別紙１）助成対象経費の内訳 |
| □ | （別紙２）同意書 |
| □ | （別紙３）申請者の住所地及び身分を証明する書類 |

（別紙１）

助成対象経費の内訳

１．病院見学等の実績

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 訪問日 | 訪問した研修病院名 | 実施内容 |
| 月　　日 |  | 見学　・　面接　・  　その他（　　　　　　　） |
| 月　　日 |  | 見学　・　面接　・  　その他（　　　　　　　） |
| 月　　日 |  | 見学　・　面接　・  　その他（　　　　　　　） |
| 月　　日 |  | 見学　・　面接　・  　その他（　　　　　　　） |
| 月　　日 |  | 見学　・　面接　・  　その他（　　　　　　　） |
| 月　　日 |  | 見学　・　面接　・  　その他（　　　　　　　） |

２．経路等

佐賀県内の臨床研修病院を見学等するために実際に要した交通費の内訳を記載してください。（鉄道（グリーン料金を除く）、高速バス、レンタカー、航空機又は船舶の経費に限る。）

公共交通機関の支払いを証する書類（領収書等）を本用紙にホチキス留めしてください

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 移動（宿泊）した日付 | 公共交通機関  （宿泊施設）の名称 | 出発地  （駅名など） | 到着地  （駅名など） | 所要額  （円） | 備考 |
| 月　日 |  |  |  |  |  |
| 月　日 |  |  |  |  |  |
| 月　日 |  |  |  |  |  |
| 月　日 |  |  |  |  |  |
| 月　日 |  |  |  |  |  |
| 月　日 |  |  |  |  |  |
| 月　日 |  |  |  |  |  |
| **交通費等合計額（Ａ）**  **※研修病院から助成がある交通費等は含みません** | | | | **円** | |

（別紙２）

同意書

佐賀県臨床研修病院見学等交通費助成金の交付申請にあたり、私が下記の臨床研修病院において病院見学・試験受験を行ったことについて、佐賀県が当該臨床研修病院に確認することを同意します。

記

臨床研修病院名：

申請者

　住所

　氏名　　　　　　　　　　　　　　（自署）

（別紙３）

申請者の住所地及び身分を証明する書類

１．申請者の住所地を証明する書類（運転免許証又は健康保険証等の写し）

|  |
| --- |
|  |

２．佐賀県外の大学医学部等に在学する６年生である又は医学部等を卒業したことを  
証明する書類（学生証又は卒業証明書等の写し）

|  |
| --- |
|  |

様式第２号（第８条関係）

医第号

　　 年 月 日

　　　　　　　　　　　　　様

佐賀県知事

令和 年度佐賀県臨床研修病院見学等交通費助成金交付決定及び額の確定通知書

　令和 年　　月　　日付けで申請のあった標記助成金については、佐賀県臨床研修病院見学等交通費助成金交付要綱第８条の規定により、下記のとおり交付することに決定し、あわせてその額を確定したので通知します。

記

１　助成金の交付内容は、　　　　年　　月　　日付けで申請のあったとおりとする。

２　助成金の確定額は、次のとおりとする。

助成対象経費 円

助成金の交付確定額 円