

気仙沼市告示第111号

気仙沼市薬剤師，看護職員等奨学金返還支援補助金交付要綱

(趣旨)

第1条 気仙沼市病院事業局（以下「市病院事業局」という。）の薬剤師，看護職員又はリハビリテーション技師として業務に従事しようとする人材の確保及び定着の促進を図るため，市病院事業局に勤務し，奨学金を返還する者に対して，予算の範囲内において当該奨学金の返還を支援する補助金（以下「補助金」という。）を交付することについて，気仙沼市補助金等交付規則（平成18年気仙沼市規則第37号。以下「規則」という。）に定めるもののほか，必要な事項を定めるものとする。

(定義)

第2条 この要綱において，次の各号に掲げる用語の意義は，当該各号に定めるところによる。

- (1) 看護職員 助産師又は看護師をいう。
- (2) リハビリテーション技師 理学療法士，作業療法士又は言語聴覚士をいう。
- (3) 養成施設 薬剤師，看護職員又はリハビリテーション技師の免許の取得に必要な課程を修めるために修学する次に掲げる施設をいう。
 - ア 学校教育法（昭和22年法律第26号）に基づく大学（同法第87条第2項に規定する薬学を履修する課程のうち臨床に係る実践的な能力を培うことを主たる目的とするものに限る。）
 - イ 保健師助産師看護師法（昭和23年法律第203号）第19条から第22条までの規定により保健師，助産師，看護師又は准看護師を養成する文部科学大臣が指定した学校及び都道府県知事が指定した養成所
 - ウ 理学療法士及び作業療法士法（昭和40年法律第137号）第11条第1号の規定により文部科学大臣が指定した学校又は都道府県知事が指定した理学療法士養成施設
 - エ 理学療法士及び作業療法士法第12条第1号の規定により文部科

学大臣が指定した学校又は都道府県知事が指定した作業療法士養成施設

オ 言語聴覚士法（平成9年法律第132号）第33条第1号から第3号まで及び第5号の規定により文部科学大臣が指定した学校又は都道府県知事が指定した言語聴覚士養成所

- (4) 奨学金 薬剤師又は保健師，助産師，看護師若しくは准看護師又は理学療法士，作業療法士若しくは言語聴覚士の免許を取得するための養成施設の在学期間中の経費及び学費に充てることを主な目的として借り受けた資金のうち別表に定めるものをいう。

(補助対象者)

第3条 補助金の交付の対象となる者（次条において「補助対象者」という。）は，次の各号のいずれにも該当する者とする。

- (1) 自己の名義で借り受けた奨学金を利用して薬剤師，看護職員又はリハビリテーション技師の免許を取得し，かつ，当該奨学金を月賦，半年賦又は年賦により自ら返還し，又は補助金の交付申請日の属する年度内に返還を開始する予定である者
- (2) 補助金の交付申請日において市病院事業局の薬剤師，看護職員又はリハビリテーション技師として業務に従事している者（この告示の施行日後に実施される任期の定めのない職員の競争試験又は選考により採用された者に限る。）
- (3) 奨学金の返還に滞納がない者
- (4) 市税に滞納がない者
- (5) 気仙沼市暴力団排除条例（平成25年気仙沼市条例第39号）第2条第4号に規定する暴力団員等でない者
- (6) この要綱による補助金の交付を受けたことのない者
- (7) 補助金の交付を受けようとする期間において，この要綱以外の要綱その他の規程による奨学金の返還支援を目的とする制度の補助を受けていない者

2 前項第6号の規定は，第10条の交付対象期間にある者には，適用しない。

(補助金の額)

第4条 補助金の額は，補助対象者が補助金の交付申請日の属する年度内に返還した奨学金の額とする。ただし，補助金の交付を申請する年度において市立病院等の業務に従事した期間が1年に満たない場合は，当該返還した奨学金の額に，業務に従事した月数（暦に従って計算

し、1月に満たない端数は、その端数を切り捨てた月数を12で除して得た数を乗じて得た額（その額に1,000円未満の端数があるときは、その端数を切り捨てた額）を、補助対象の奨学金の額とする。

2 前項の奨学金の額には、次に掲げるものの額を含まない。

- (1) 繰上返還をした場合における奨学金
- (2) 奨学金の返還遅延により生じた延滞金

3 補助金の額は、次の各号に掲げる職種の区分に応じ、当該各号に定める額を上限とする。

- (1) 薬剤師 年額600,000円
- (2) 助産師 年額200,000円
- (3) 看護師 年額200,000円
- (4) 理学療法士 年額200,000円
- (5) 作業療法士 年額200,000円
- (6) 言語聴覚士 年額200,000円

4 第1項の業務に従事した期間には、気仙沼市職員の勤務時間、休暇等に関する条例（平成18年気仙沼市条例第30号）第11条に規定する年次有給休暇、病欠休暇、特別休暇、介護休暇若しくは組合休暇又は地方公務員の育児休業等に関する法律（平成3年法律第110号）第2条の規定により承認された育児休業の期間を含む。

（交付申請）

第5条 規則第4条第1項に規定する交付申請書の様式は薬剤師、看護職員等奨学金返還支援補助金交付申請書（様式第1号）とし、同項第3号の規定により添付しなければならない書類は次のとおりとする。

- (1) 奨学金貸与機関が発行する奨学金の貸与を証する書類
- (2) 補助金の交付申請日の属する年度内に返還すべき奨学金の返還金額を証する書類
- (3) 奨学金の返還残額を証する書類
- (4) 前3号に掲げるもののほか、市長が必要と認める書類

（交付決定）

第6条 市長は、規則第4条第1項の規定による申請があったときは、補助金の交付の可否を決定し、薬剤師、看護職員等奨学金返還支援補助金交付決定通知書（様式第2号）又は薬剤師、看護職員等奨学金返還支援補助金不交付決定通知書（様式第3号）により当該申請者に通知しなければならない。

（選考会議）

第7条 前条の規定による補助金の交付の適否及び必要な事項を審査するため、気仙沼市薬剤師及、看護職員等奨学金返還支援補助対象者選考会議（以下「選考会議」という。）を置く。

2 選考会議は、委員長及び委員をもって組織し、それぞれ次に掲げる職にある者を充てる。

委員長	副市長
委員	市立病院院長 市立病院副院長 市立病院診療技術部薬剤科長 市立病院看護部長 経営管理部長 市立本吉病院院長 市立本吉病院看護師長 市立病院附属看護専門学校事務長

（委員長等）

第8条 委員長は、選考会議を代表し、会務を総理する。

2 委員長に事故があるとき、又は欠けたときは、あらかじめ委員長が指名する委員がその職務を代理する。

（会議）

第9条 選考会議の会議（以下この条において「会議」という。）は、委員長が招集する。

2 会議は、委員（委員長を含む。）の過半数の出席がなければ開くことができない。

3 会議の議事は、出席委員の過半数で決し、可否同数のときは、委員長の決するところによる。

4 委員長は、必要に応じ、会議に関係職員の出席を求めることができる。

5 会議は、公開しないものとする。

（補助対象期間）

第10条 補助金の交付対象期間は、第6条の規定による補助金の交付決定の通知において定める月から次の各号に掲げる職種の区分に応じ、当該各号に定める期間を限度とする。

(1) 薬剤師 96月間

(2) 助産師 72月間

(3) 看護師 60月間

(4) 理学療法士 60月間

(5) 作業療法士 60月間

(6) 言語聴覚士 60月間

（交付の条件）

第11条 規則第6条の規定により付する条件は、次のとおりとする。

- (1) 交付を受けた補助金は、奨学金の返還に使用するものとし、目的外に使用してはならないこと。
- (2) 補助金の交付を受けている期間に、病気休暇、休職、停職その他これらに類する勤務状況の変化が生じたときは、速やかに市長に報告し、その指示を受けること。
- (3) 規則第18条の規定により市長が補助金の交付の決定の全部又は一部を取り消した場合において、当該取消しに係る部分に関し既に補助金が交付されているときは、その返還を命ずることがあること。
- (4) 前3号に掲げるもののほか、市長が必要と認める条件
(中止の届出)

第12条 補助金の交付の決定を受けた者（以下「交付決定者」という。

）は、補助金の交付決定を受けた後において、次の各号のいずれかに該当するときは、薬剤師、看護職員等奨学金返還支援補助金中止届出書（様式第4号）を市長に提出しなければならない。

- (1) 補助金の交付を辞退しようとするとき。
- (2) 市病院事業局の薬剤師、看護職員又はリハビリテーション技師の職を辞するとき。
(実績報告)

第13条 交付決定者は、補助金の交付決定を受けた年度内に返還すべき奨学金を返還したときは、補助金の交付決定を受けた年度の末日までに、薬剤師、看護職員等奨学金返還支援補助金実績報告書（様式第5号）に、次に掲げる書類を添付して市長に提出しなければならない。

- (1) 奨学金の返還の事実を証明する書類
- (2) 前号に掲げるもののほか、市長が必要と認める書類
(補助金の額の確定)

第14条 市長は、前条の規定による報告書の提出があったときは、その内容を審査の上適当と認めたときは、補助金の額を確定し、薬剤師、看護職員等奨学金返還支援補助金額確定通知書（様式第6号）により交付決定者に通知するものとする。

(補助金の交付)

第15条 前条の確定通知を受けた交付決定者は、速やかに薬剤師、看護職員等奨学金返還支援補助金請求書兼口座振替依頼書（様式第7号）を市長に提出しなければならない。

2 市長は、前項の規定による請求を受けたときは、速やかに補助金を交付するものとする。

(交付決定の取消し)

第16条 規則第18条の規定により補助金の交付の決定の全部又は一部を取り消したときは、薬剤師、看護職員等奨学金返還支援補助金交付決定取消通知書(様式第8号)により交付決定者に通知するものとする。

(補助金の返還)

第17条 規則第19条第1項又は第2項の規定により補助金の返還を命ずるときは、薬剤師、看護職員等奨学金返還支援補助金返還命令書(様式第9号)により交付決定者に通知するものとする。

(委任)

第18条 この要綱に定めるもののほか必要な事項は、市長が定める。

附 則

この告示は、令和2年4月1日から施行する。

別表(第2条関係)

- (1) 独立行政法人日本学生支援機構奨学金
- (2) 宮城県看護学生修学資金
- (3) 宮城県母子父子寡婦福祉資金貸付金修学資金
- (4) 気仙沼市奨学金
- (5) 公益財団法人交通遺児育英会奨学金
- (6) 一般財団法人あしなが育英会奨学金
- (7) 宮城県社会福祉協議会生活福祉資金教育支援資金
- (8) 気仙沼育英会奨学金
- (9) 前各号に掲げるもののほか、これらに類する奨学金として市長が認めるもの

附 則

(施行期日)

1 この告示は、公布の日から施行する。

(経過措置)

2 改正後の気仙沼市薬剤師及び看護職員等奨学金返還支援補助金交付要綱の規定のうち、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に関する規定は、令和4年度以後に実施した気仙沼市病院事業職員採用試験により採用された職員に適用する。

様式第1号（第5条関係）

薬剤師，看護職員等奨学金返還支援補助金交付申請書

年 月 日

気仙沼市病院事業管理者 宛

申請者 住 所

氏 名 ⑩

生年月日 年 月 日

電話番号

気仙沼市薬剤師，看護職員等奨学金返還支援補助金交付要綱第5条の規定により，下記のとおり申請します。

記

1 交付申請額 金 円

2 借り受けた奨学金

奨学金の名称	
区 分	<input type="checkbox"/> 無利子 <input type="checkbox"/> 有利子
返 還 額 合 計	円
返 還 期 間	年 月 ～ 年 月
返還方法及び額	<input type="checkbox"/> 月 賦 額 (円)
	<input type="checkbox"/> 半年賦額 (円)
	<input type="checkbox"/> 年 賦 (円)
就 業 期 間	年 月 日 ～ 申請日現在

3 所属先等

病 院	<input type="checkbox"/> 気仙沼市立病院 <input type="checkbox"/> 気仙沼市立本吉病院
部 署 名	
職 名	
電 話 番 号	
主な勤務内容	

4 市税納付状況確認

私の気仙沼市市税納付状況（税目・税額・申告の有無等）を気仙沼市立病院又は気仙沼市立本吉病院が税務担当課に照会することに

1 同意します

2 同意しません

※ 「2 同意しません」の場合，市税の各税目に関する未納がないことの納税証明書の交付を受け，添付してください。

5 添付書類

- (1) 奨学金貸与機関が発行する奨学金の貸与を証明する書類（初回申請時のみ）
- (2) 申請年度内に返還すべき奨学金の返還額を証する書類
- (3) 奨学金の返還残額を証する書類
- (4) 暴力団排除に関する誓約書（別紙）

(別紙)

暴力団排除に関する誓約書

年 月 日

気仙沼市病院事業管理者 宛

住 所

氏 名

印

私は、下記のいずれにも該当せず、将来においても該当しないことを誓約します。

この誓約が虚偽であり、又はこの誓約に反したことにより、私が不利益を被ることとなっても、異議は一切申し立てません。

記

- (1) 暴力団員等（気仙沼市暴力団排除条例（平成25年気仙沼市条例第39号。以下「暴排条例」という。）第2条第4号に規定する暴力団員等をいう。以下同じ。）
- (2) 自己若しくは第三者の不正の利益を図り、又は第三者に損害を加える目的をもって暴力団（暴排条例第2条第2号に規定する暴力団をいう。以下同じ。）又は暴力団員等を利用するなどしていると認められる者
- (3) 暴力団又は暴力団員等に対して資金等を提供し、又は便宜を供与するなど暴力団の維持又は運営に協力し、若しくは関与していると認められる者
- (4) その他暴力団又は暴力団員等と社会的に非難されるべき関係を有すると認められる者

薬剤師，看護職員等奨学金返還支援補助金交付決定通知書

第 号
年 月 日

様

気仙沼市病院事業管理者

年 月 日付けで申請があった薬剤師，看護職員等奨学金返還支援補助金の交付については，下記のとおり交付することを決定したので，気仙沼市薬剤師，看護職員等奨学金返還支援補助金交付要綱第6条の規定により通知します。

記

1 交付決定額 金 円

2 交付条件等

(1) 交付条件

ア 交付を受けた補助金は，奨学金の返還に使用するものとし，目的外に使用してはならないこと。

イ 補助金の交付を受けている期間に，病気休暇，休職，停職その他これらに類する勤務状況の変化が生じたときは，速やかに市長に報告し，その指示を受けること。

ウ 虚偽その他不正な手段により補助金の交付の決定を受け，当該決定の全部又は一部を取り消された場合において，当該取消しに係る部分に関し既に補助金が交付されているときは，その返還を命ずることがあること。

(2) 実績報告

補助金の交付決定を受けた年度内に返還すべき奨学金を返還したときは，年度の末日までに薬剤師，看護職員等奨学金返還支援補助金実績報告書を提出しなければならない。

(3) 補助金額の確定等

市長は，実績報告書を審査し，交付決定の内容及びこれに付した条件に適合すると認めるときは，交付する補助金の額を確定し，通知する。

(4) 補助金の交付等

市長は，補助金の額の確定後，速やかにその金額を交付する。

様式第3号（第6条関係）

薬剤師，看護職員等奨学金返還支援補助金不交付決定通知書

第 号
年 月 日

様

気仙沼市病院事業管理者

年 月 日付けで申請があった薬剤師，看護職員等奨学金返還支援補助金の交付については，交付しないことと決定したので，気仙沼市薬剤師，看護職員等奨学金返還支援補助金交付要綱第6条の規定により通知します。

様式第4号（第12条関係）

薬剤師，看護職員等奨学金返還支援補助金中止届出書

年 月 日
気仙沼市病院事業管理者 宛
申請者 住 所
氏 名 ⑩
生年月日 年 月 日
電話番号

下記のとおり気仙沼市薬剤師，看護職員等奨学金返還支援補助金の交付を中止しますので，気仙沼市薬剤師，看護職員等奨学金返還支援補助金交付要綱第12条の規定により届け出ます。

記

- 1 中止日 年 月 日
- 2 中止理由

様式第5号（第13条関係）

薬剤師，看護職員等奨学金返還支援補助金実績報告書

年 月 日

気仙沼市病院事業管理者 宛

申請者 住 所

氏 名

㊟

気仙沼市薬剤師，看護職員等奨学金返還支援補助金交付要綱第13条の規定により，下記のとおり実績を報告します。

記

交付決定年月日	年 月 日
奨学金の名称	
返還実績額	<input type="checkbox"/> 月賦額（ 円） <input type="checkbox"/> 半年賦額（ 円） <input type="checkbox"/> 年 賦（ 円）
添付書類	奨学金の返還を証する書類の写し

様式第6号（第14条関係）

薬剤師，看護職員等奨学金返還支援補助金額確定通知書

第 号
年 月 日

様

気仙沼市病院事業管理者

年 月 日付けで申請があった薬剤師，看護職員等奨学金返還支援補助金について，下記のとおり額を決定したので，気仙沼市薬剤師，看護職員等奨学金返還支援補助金交付要綱第14条の規定により通知します。

記

金 円

様式第7号（第15条関係）

薬剤師，看護職員等奨学金返還支援補助金請求書兼口座振替依頼書

年 月 日

気仙沼市病院事業管理者 宛

申請者 住 所

氏 名 ⑩

生年月日 年 月 日

電話番号

年 月 日付けで額確定通知を受けた気仙沼市薬剤師，看護職員等奨学金返還支援補助金について，気仙沼市薬剤師，看護職員等奨学金返還支援補助金交付要綱第15条第1項の規定により，下記のとおり請求します。

記

1 請求金額 金 円

2 振込先口座

金融機関名	
本・支店名等	
種類	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
口座番号	
(フリガナ)	
口座名義人	

3 添付書類

振込先口座の預金通帳等口座番号の分かるものの写し

様式第8号（第16条関係）

薬剤師，看護職員等奨学金返還支援補助金交付決定取消通知書

第 号
年 月 日

気仙沼市病院事業管理者 宛

申請者 住 所

氏 名 ⑩

生年月日 年 月 日

電話番号

年 月 日付け気仙沼市指令第 号で交付決定した
気仙沼市薬剤師，看護職員等奨学金返還支援補助金について，下記のと
おり補助金の交付決定の取消しを決定したので，気仙沼市薬剤師，看護
職員等奨学金返還支援補助金交付要綱第16条の規定により，下記のと
おり通知します。

記

- | | | |
|---|------------|-------|
| 1 | 補助金決定（確定）額 | 円 |
| 2 | 補助金交付済額 | 円 |
| 3 | 補助金返還額 | 円 |
| 4 | 返済期限 | 年 月 日 |

様式第9号（第17条関係）

薬剤師，看護職員等奨学金返還支援補助金返還命令書

第 号
年 月 日

様

気仙沼市病院事業管理者

年 月 日付け気仙沼市指令第 号による薬剤師，
看護職員等奨学金返還支援補助金交付決定の取消しに伴い，気仙沼市薬
剤師，看護職員等奨学金返還支援補助金交付要綱第17条の規定により，
下記のとおり返還を命じます。

記

- 1 返還命令額 金 円
- 2 返還期日 年 月 日
- 3 返還方法 別添の納入通知書による