

気仙沼市薬学生，看護学生等 奨学金貸付制度について

この制度は，気仙沼市病院事業における医療人材の確保・定着促進施策の一環として，気仙沼市立病院又は気仙沼市立病院附属本吉医院の薬剤師，助産師又は看護師としての業務に従事しようとする方に対し，修学のための資金を貸し付けることにより，修学を容易にするとともに，医療人材の充足及び地域医療を守ることを目的としています。

1 貸付対象者

気仙沼市立病院又は気仙沼市立病院附属本吉医院（以下「市立病院等」といいます。）の**薬剤師，助産師又は看護師**の業務に従事しようとする養成施設の学生

なお，**看護師養成施設**の学生は，**気仙沼市立病院附属看護専門学校**（以下「附属看護学校」といいます。）の学生に限ります。

2 貸付金額

- | | | | |
|-----|---------|----|---------|
| (1) | 薬剤師養成施設 | 月額 | 75,000円 |
| (2) | 助産師養成施設 | 月額 | 50,000円 |
| (3) | 附属看護学校 | 月額 | 50,000円 |

※ 奨学金は，無利息です。

3 令和7年度貸付予定者数

- | | | |
|-----|---------|----|
| (1) | 薬剤師養成施設 | 1人 |
| (2) | 助産師養成施設 | 1人 |
| (3) | 附属看護学校 | 8人 |

4 貸付期間

修業又は卒業に要する最低限の期間とし、次に掲げる期間を上限とします。

- (1) 薬剤師養成施設 6年
- (2) 助産師養成施設 4年
- (3) 附属看護学校 3年

5 貸付方法

各年度2回に分けて貸し付けます。

- (1) 第1期(4月から9月まで)分 5月
- (2) 第2期(10月から翌年3月まで)分 10月

初回貸付については、第1期分を6月に貸付ける予定です。

6 選考方法

気仙沼市薬学生、看護学生等奨学金貸付対象者選考会議において、貸付者を決定します。

7 申込受付期間及び申請手続

- (1) 受付期間 令和7年4月1日から令和7年4月30日まで
- (2) 申請書類及び添付書類
 - ア 薬学生、看護学生等奨学金貸付申請書(様式第1号)
 - イ 履歴書(顔写真が貼付されてあるもの)
 - ウ 申請者の住民票の写し(本籍記載のもの)
 - エ 入学許可証明書又は在学証明書
 - オ 保証人による保証書(様式第2号)(印鑑証明,所得証明書も)
 - カ 成績証明書(新入学生の場合は,出身校が発行したもの)

8 保証人について

- (1) 奨学金の貸付けを受けようとする場合は、保証人2人を立てる必要があります。
- (2) 保証人は、独立の生計を営み、奨学金の償還の責めを負うことができる方に限ります。
- (3) 保証人のうち1人は原則として申請者の父母とします。

9 貸付けの停止及び休止要件について

- (1) 貸付けの休止
 - ア 休学したとき。
 - イ 停学の懲戒処分を受けたとき。
- (2) 貸付けの停止
 - ア 死亡したとき。
 - イ 退学したとき。
 - ウ 貸付けを受けることを辞退したとき。
 - エ 心身の故障のため修学を継続する見込みがなくなつたと認められるとき。
 - オ 貸付けの目的を達成する見込みがなくなつたとき。

10 償還について

- (1) 償還期間 貸付けを受けた期間に相当する期間内に償還していただきます。
- (2) 延滞利息 気仙沼市税外収入延滞金徴収条例の定めによります。

【参考】

	本則	附則による特例
納期限の翌日から1か月を経過する日まで	7.3%	特例基準割合+1% (R7中は, 2.4%)
それ以後	14.6%	特例基準割合+7.3% (R7中は, 8.7%)

※ 令和7年中の特例基準割合は, 年1.4%

11 償還猶予について

次に該当している間, 申請により償還が猶予されます。

- (1) 貸付けを停止された後も引き続き養成施設に在籍するとき。
- (2) 修業又は卒業後, 市立病院等の薬剤師, 助産師又は看護師の業務に従事しているとき。
- (3) 修業又は卒業後, 市立病院等の薬剤師, 助産師又は看護師の業務に従事するため, 受験準備をしているとき。
- (4) 修業又は卒業後, 更に他の養成施設に在学しているとき。
- (5) 心身の故障, 災害その他のやむを得ない事由により奨学金の償

還等が困難であると認められるとき。

12 償還免除について

次に該当する場合，償還が免除されます。

- (1) 市立病院等の薬剤師，助産師又は看護師の業務に従事した期間が6年に達したとき。

- (2) 市立病院等の薬剤師，助産師又は看護師の業務従事期間中に業務上の事由により死亡し，又は業務に起因する心身の故障により，業務の継続が困難になったとき。

- (3) 奨学生が死亡，心身の故障その他のやむを得ない事由により奨学金の償還等が困難となったとき。

13 その他

奨学金貸付の決定は，奨学金貸付けに対するものであり，市立病院等への採用を約束するものではありません。

14 申請書類送付先・お問合せ先

〒988-0181 宮城県気仙沼市赤岩杉ノ沢8番地2

- (1) 薬剤師又は助産師養成機関の学生
気仙沼市立病院 経営管理部総務課総務係
電話 0226-22-7100 FAX 0226-22-3121

- (2) 気仙沼市立病院附属看護専門学校
気仙沼市立病院附属看護専門学校
電話 0226-23-9210 FAX 0226-23-9278

様式第1号（第3条関係）

薬学生，看護学生等奨学金貸付申請書

年 月 日

気仙沼病院事業管理者 宛

申請者 氏 名 ㊟

法定代理人（親権者等。申請者が未成年の場合のみ）

住 所

氏 名 ㊟

申請者との続柄 （ ）

薬学生，看護学生等奨学金の貸付けを受けたいので，気仙沼市薬学生，看護学生等奨学金貸付条例第3条の規定により申請します。

申請者	生 年 月 日	年 月 日（満 歳）	性別	男・女
	現 住 所	〒 — 電話（ ） —		
	帰省先住所	〒 — 電話（ ） —		
養成施設	名 称			
	学 部 学 科	学 部	学 科	学 年
	所 在 地	〒 — 電話（ ） —		
	入 学 年 月	年	月	
	修学・卒業年月	年	月	見込み
貸 付 申 請 期 間	年 月 から 年 月 まで（ 月）			
貸 付 申 請 額	月額 円 × 月 = 円			
他の奨学金等の貸付けの有無	有（奨学金等名 年額 円） 無			
備 考				

添付資料

- (1) 履歴書（顔写真付き）
- (2) 申請者の住民票の写し（世帯主・続柄，本籍・筆頭者及び以前の住所氏名が記載され，個人番号の記載のないもの）
- (3) 養成施設の入学許可証明書又は在学証明書
- (4) その他市長が必要と認める書類

様式第2号（第3条関係）

保証書

申請者 氏 名 ㊟

上記の者について、薬学生、看護学生等奨学金の貸付けを受けることとなった場合は、私の責任において、気仙沼市薬学生、看護学生等奨学金貸付条例及び気仙沼市薬学生、看護学生等奨学金貸付条例施行規則の規定により、身元を引き受けます。

また、万一、上記の者に奨学金の償還の義務が生じた場合には、その債務を連帯して負担します。

年 月 日

気仙沼市病院事業管理者 宛

保証人 住 所 〒 ー

氏 名 ㊟
生年月日 年 月 日 (歳)
電話番号 () ー
続 柄
職 業

保証人 住 所 〒 ー

氏 名 ㊟
生年月日 年 月 日 (歳)
電話番号 () ー
続 柄
職 業

備考

- 1 申請者が未成年であるときは、保証人のうち1人は、申請者の法定代理人でなければならない。
- 2 保証人の印は、印鑑証明書に登録されている印を押印すること。

添付書類

- (1) 保証人の印鑑証明書
- (2) 保証人の前年の所得証明書

様式第6号（第9条関係）

薬学生，看護学生等奨学金交付請求書

年 月 日

気仙沼市病院事業管理者 宛

借受者 住 所

氏 名

⑩

年 月 日付けで薬学生，看護学生等奨学金の貸付承認の決定を受けたので，気仙沼市薬学生，看護学生等奨学金貸付条例施行規則第9条第1項の規定により，奨学金の交付を請求します。

記

1 請求額等

貸付決定番号	() 第 号	
奨学金の区分		
交付請求額	月額	円
	期間	年 月 ～ 年 月 (月分)
	合計	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

誓約書

年 月 日

気仙沼市病院事業管理者 宛

借受者 住所
氏名 ⑩

保証人 住所
氏名 ⑩

保証人 住所
氏名 ⑩

私は、薬学生、看護学生等奨学金の貸付けを受けるに当たり、気仙沼市薬学生、看護学生等奨学金貸付条例及び気仙沼市薬学生、看護学生等奨学金貸付条例施行規則の規定を遵守するとともに、養成施設を修学し、又は卒業し、
の免許を取得した後は、気仙沼市立病院又は気仙沼市立病院附属本吉医院の職員として
の業務に従事し、
として定められた期間勤務すること誓います。

また、気仙沼市薬学生、看護学生等奨学金貸付条例及び気仙沼市薬学生、看護学生等奨学金貸付条例施行規則の規定により、奨学金の償還の義務が生じた場合は、確実に償還することを保証人と連署の上、誓約します。

備考 保証人の印は、印鑑印鑑証明書に登録されている印を押印すること。

様式第9号（第12条関係）

薬学生，看護学生等奨学金貸付辞退届

年 月 日

気仙沼市病院事業管理者 宛

借受者 住 所

氏 名

奨学金の貸付けを受けることを辞退します。

貸付決定番号	() 第 号
奨学金の区分	
貸付辞退日	年 月 末日
辞 退 理 由	

様式第10号（第13条関係）

薬学生，看護学生等奨学金借用証書

年 月 日

気仙沼市病院事業管理者 宛

借受者 住 所
氏 名

㊞

奨学金を下記のとおり借用しました。

記

貸付決定番号	() 第 号
奨学金の区分	
借用金額	円（無利息）
借用期間	年 月 ～ 年 月（ 月分）
終了又は卒業した養成施設	(名 称) 学 部 学 科 (所在地) 〒 -

様式第12号（第15条関係）

薬学生，看護学生等奨学金償還猶予申請書

年 月 日

気仙沼市病院事業管理者 宛
借受者 住 所
氏 名

次のとおり奨学金の償還を猶予されたいので申請します。

貸付決定番号	() 第 号
奨学金の区分	
借 用 金 額	円
既に償還した額	円
既に償還免除を受けた額	円
償還猶予申請額	円
希 望 す る 償 還 猶 予 期 間	年 月から 年 月まで (月間)
申 請 理 由	
理由発生年月日	年 月 日
添 付 書 類	

様式第14号（第16条関係）

薬学生，看護学生等奨学金償還免除申請書

年 月 日

気仙沼市病院事業管理者 宛
借受者 住 所
氏 名

次のとおり奨学金の償還を免除されたいので申請します。

貸付決定番号	() 第 号
奨学金の区分	
借入金額	円
償還済額	円
償還未済額	円
償還免除された額	円
償還免除申請額	円
貸付期間	年 月から 年 月まで(月間)
申請理由	
添付書類	