

福井県ふるさと実習交通費支援事業実施要領

(目的)

第1条 この要領は、福井県内における薬剤師の確保を図るため、福井県ふるさと実習交通費支援事業において、薬学実習生が福井県内の病院または薬局で実務実習に参加する際の移動に要する交通費の一部を支援することについて、必要な事項を定めるものとする。

(事業内容)

第2条 知事は、薬学実習生が福井県内の病院または薬局において実務実習に参加した場合、次の各号のいずれにも該当する者から申請があったときは、当該申請をした者に対し、第4条に定める額の交通費を交付することができる。

- 一 福井県内の病院または薬局において実務実習に参加し、当該実務実習を修了した者
- 二 第3条に掲げる交通費を負担した者
- 三 参加した実務実習の修了日の属する年度の前年度以前において、この要領に定める交通費の交付を受けていない者

(対象となる交通費)

第3条 対象となる交通費(燃料費、駐車場代その他の諸経費を除く。)は、国、県、市町その他の公的機関または企業等から同趣旨の交通費の支援を受けていない場合に限り、次の各号のいずれかに該当する料金とする。

- 一 住所地と実習先または帰省先(薬学実習生の保護者またはこれに準ずる者の居住地をいう、以下同じ。)との間を公共交通機関で移動した場合に要する乗車券、急行券、指定席券の料金およびこれらに類する料金。
 - 二 住所地と実習先または帰省先との間を自家用車で移動した場合に要する有料道路利用料金およびこれらに類する料金。
- 2 前項の交通費に係る移動は、出発地または目的地が福井県内であって、次の各号のすべてに該当するものとする。ただし、緊急やむを得ない理由がある場合は、この限りでない。
- 一 都道府県の区域を越える移動であること。
 - 二 出発地から目的地までを一の行程として直接行う移動であること。
 - 三 当該移動が実務実習の開始日から起算して15日前までに行われたものまたは実務実習の修了日から起算して15日後までに行われたものであること。

(交通費の交付額)

第4条 交通費の交付額は、片道につき、次表に定める薬学実習生の住所地に応じた額と第3条に掲げる交通費の額とを比較し、いずれか低い額とする。

薬学実習生の住所地	交付額
下記以外の都道府県（福井県を除く。）	15,000円
埼玉県、鳥取県	14,000円
群馬県、新潟県、香川県	13,000円
静岡県、岡山県	12,000円
長野県	11,000円
和歌山県	10,000円
三重県	8,000円
大阪府、兵庫県	7,000円
愛知県、奈良県	6,000円
富山県、岐阜県、滋賀県、京都府	5,000円
石川県	3,000円

(交通費の交付の申請および請求)

第5条 交通費の交付を受けようとする薬学実習生は、実務実習の修了日から起算して15日以内に、ふるさと実習交通費交付申請書兼請求書（様式第1号）に次の各号に掲げる書類を添えて、知事に提出しなければならない。

- 一 第3条に掲げる交通費を負担したことを証明する書類
- 二 誓約書兼同意書（様式第2号）
- 三 実習修了証明書（様式第3号）

(交通費の交付決定および交付)

第6条 知事は、ふるさと実習交通費交付申請書兼請求書の提出があったときは、その内容を審査し、適当と認めるときは、交通費の交付決定および交付額の確定を行い、薬学実習生に対し、速やかに交通費を交付するものとする。

- 2 前項の規定による交通費の交付決定および交付額の確定については、交通費の交付をもって薬学実習生に通知したものとする。
- 3 第1項の規定による交通費の交付は、銀行振込により行うものとする。

(交通費の交付決定の取消しおよび返還)

第7条 知事は、薬学実習生が次の各号のいずれかに該当すると認めるときは、交通費の交付決定の全部または一部を取り消し、または既に交付した交通費の全部または一部の返還を命ずることができる。

- 一 ふるさと実習交通費交付申請書兼請求書に虚偽の記載をしたとき。
- 二 この要領の規定に違反したとき。

(その他)

第8条 この要領に定めるもののほか、必要な事項は、別に定める。

附 則

この要領は、令和8年4月15日から施行する。

様式第1号（第5条関係）

（表面）

ふるさと実習交通費交付申請書 兼 請求書

年 月 日

福井県知事 様

ふるさと実習交通費の交付を受けたいので、福井県ふるさと実習交通費支援事業実施要領第5条の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請および請求します。

ふりがな 氏名		
住 所 地	郵便番号 - 都道 府県	
連 絡 先	電話番号 () メールアドレス @	
帰 省 先	郵便番号 -	
大 学	学 校 名	
	学部および学科	
実 習 先	病 院 名	
	病 院 住 所	
	病 院 名	
	病 院 住 所	
	薬 局 名	
	薬 局 住 所	

(裏面)

請求書発行責任者および請求書発行担当者 氏名 _____

連絡先 (電話番号) _____ () _____

申請および 請求する 交通費	合計			円
	(内訳)	病院実習	往路	円
			復路	円
	薬局実習	往路	円	
		復路	円	
銀行振込先	金融機関コード		金融機関名	
	支店名		口座の種類	普通・当座
	口座番号		口座名義人 (カナ)	
	※通帳の口座情報が確認できる部分 (通常は表紙の裏側)、キャッシュカードの表面の写しを貼付してください。 ※インターネット銀行の場合は口座情報が確認できる画面の写しを貼付してください。			
写しを貼付				

様式第2号（第5条第2号関係）

誓約書 兼 同意書

年 月 日

福井県知事 様

薬学実習生 氏名 _____

（誓約事項）

- 私は、福井県内の（ 病院 ・ 薬局 ）で実務実習に参加し、実務実習を修了しました。
- 私は、申請および請求する交通費を自ら負担しました。
- 私は、申請および請求する交通費について、国、県、市町その他の公的機関または企業等から、同趣旨の支援金の交付を受けていません。
- 私は、参加した実務実習の修了日の属する年度の前年度以前において、この要領に基づく交通費の交付を受けていません。
- 私は、福井県が実施する薬剤師確保対策事業における調査および事業に協力します。

（同意事項）

- 私は、福井県が薬剤師確保対策事業の実施を目的として、ふるさと実習交通費交付申請書兼請求書（表面）に記載した個人情報を一般社団法人福井県薬剤師会、福井県病院薬剤師会等の関係団体との間で情報共有し、利用することに同意します。

様式第3号（第5条第3号関係）

実習修了証明書

年 月 日

福井県知事 様

施設名 _____

施設住所 _____

認定実務実習指導薬剤師

氏名 _____

下記の者について、下記の期間における実務実習を修了したことを証明します。

薬学実習生 氏 名	
実習期間	年 月 日 ~ 年 月 日