沖縄県薬剤師奨学金返還助成対象者　募集要項

（令和８年度）

沖縄県では、県内の薬剤師を確保するため、県内の薬局又は病院に一定期間就業することを条件に、奨学金の返還額の一部を助成する事業の助成対象者を募集します。

１　募集対象者

次の(1)から(5)の要件を全て満たす者であること。

(1) 次の（ア）～（ウ）の全てに該当する者であること。

（ア） 薬剤師免許を有している者であること

（イ） 県内に住所を有している者であること（助成対象年度に、薬剤師名簿に登録された者に限る。）又は、令和８年３月１日において県外に住所を有し、令和８年８月 31 日までに県内に転入し、県内に住所を有していること

（ウ） 令和８年８月 31 日までに、県内の薬局又は病院で就業している者であること

(2) 奨学金の貸与を受けていた者で、自ら奨学金を返還中であるか又は返還を開始する予定の者であること

※予定の者は、令和８年度中に奨学金の返還を開始することが必要となる

(3) 奨学金の返還残額がある者であること

(4) 奨学金の返還を滞納していない者であること

(5) 一定の県内就業を助成要件とするその他の公的な返還助成制度を受けていない者であること

２　募集期間

令和８年６月１日から令和８年８月 31 日まで（※当日消印有効）

３　募集人員

５名程度（北部、中部、南部地区で各１名程、宮古・八重山地区で計２名程）

なお、応募状況により、各地区の募集人員は若干変動します。

地区	市町村
北部	名護市、国頭村、大宜味村、東村、今帰仁村、本部町、伊江村、伊平屋村、伊是名村
中部	宜野湾市、沖縄市、うるま市、恩納村、宜野座村、金武町、読谷村、嘉手納町、北谷町、北中城村、中城村

南部	那覇市、浦添市、糸満市、豊見城市、南城市、西原町、与那原町、南風原町、八重瀬町、渡嘉敷村、座間味村、粟国村、渡名喜村、南大東村、北大東村、久米島町
宮古	宮古島市、多良間村
八重山	石垣市、竹富町、与那国町

４　助成期間及び助成金額

助成期間は、令和８年４月１日以降に沖縄県内の薬局又は病院に就業した日から令和９年３月 31 日までとし、助成金額は、助成期間の就業月数に３万円を乗じた額とする。（最大 36 万円/年）

なお、就業が１月未満の月がある場合は、日割り計算により減額する。

５　応募の方法

県内の薬局又は病院に就業後、令和８年８月 31 日までに、以下の書類を【１２　書類提出先・問い合わせ先】へ提出してください。

(1) 沖縄県薬剤師奨学金返還助成対象者認定申請書（様式第１号）
(2) 奨学金貸与証明書（奨学金返還証明書）※　応募時点での奨学金返還残額が分かるもの
(3) 薬剤師免許証の写し（新卒者で薬剤師免許申請中の者は登録済み証明書の写しでも可）
(4) 雇用契約書の写し又は雇用証明書（ひな形あり。病院又は薬局の開設者との雇用関係を確認する）
(5) 薬局に従事する者は、当該薬局の薬局開設許可証の写し
(6) 住民票謄本（申請者と同一世帯の者全員が記載されており、本籍、筆頭者及び続柄のあるもの。マイナンバー記載の無いもの。）
※コピー不可
(7) 債権者登録申請書
(8) 申請者名義の預金通帳の表紙等の写し
※金融機関、口座番号、氏名（カナ表記含む）等が分かるようにすること

６　助成対象者の認定

５の書類をもとに対象者を選考し、文書にて通知します。

選考にあたって、必要に応じて電話等により事実確認を行うとともに、追加書類を求めることがあります。

（助成対象者としての認定だけでは、助成金の支給は受けられません。年度内の奨学金の返還状況、県内での勤務実態を確認の上、助成金額を決定します。）

７　助成金交付申請

助成対象者として認定された方に、個別に通知します。

８　実績報告

令和９年４月 10 日までに、奨学金の返還実績を証明する書類等を提出してください。

提出書類の様式等の詳細は、助成対象者あて個別に通知します。

９　助成金の減額

以下の期間は、助成対象期間から除きます。

(1) 繰上返済等により、奨学金を完済した場合は、完済した月の翌月以降の期間
(2) 転勤、業務応援等により県外での勤務となった期間
(3) その他知事が就業月数から除くことが適当と認めた期間

１０　助成対象者の認定の取消

次のいずれかに該当するときは、助成対象者の認定を取り消すことがあります。

(1) 認定を辞退する旨を申し出た場合
(2) 奨学金の返還が免除された場合
(3) 奨学金の返還を滞納した場合
(4) 認定申請書に虚偽の記載があったことが判明した場合
(5) その他知事が認定の取り消しが適当と認めた場合

１１　支給後の追跡調査

認定者は、助成金支給後３年間の追跡調査にご協力いただきます。

１２　書類提出先・問い合わせ先

申請後の問い合わせは、申請者本人が行ってください。

一般社団法人　沖縄県薬剤師会
〒901-1105　沖縄県島尻郡南風原町字新川 218-10
電話　098-963-8930　ファクシミリ　098-963-8932
※ 申請様式等は、県薬務生活衛生課ホームページに掲載しています。