

受給期間延長等申請書

| | | | | | |
|--|--|---|-------|-----|---------|
| ① 申請者 | 氏名 | 〇〇 〇〇 | | 性別 | 男・女 |
| | 住所又は居所 | 〇〇郡△△町□□大字〇〇字□□1-1 | | | |
| ② 退職年月日 | □□〇〇年 3月31日 | | | | |
| ③ 支給番号 | 〇〇—〇〇 | | | | |
| ④ 職業に就くことができない理由 | イ 妊娠、出産、育児、疾病、負傷等により職業に就くことができないため ロ 事業を開始等したため | | | | |
| | 具体的理由 | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: yellow;"> イ又はロに○を付ける若しくはその他具体的な理由を記入する。 </div> | | | |
| ⑤ ④のイの理由が疾病又は負傷の場合 | ④の理由が疾病又は負傷の場合に記入すること。 | | | | |
| | 傷病の名称 | | 診療担当者 | | |
| ⑥ 職業に就くことができない期間又は事業を実施する期間 | □□〇〇年 4月 1日から □□〇〇年 〇〇月 〇〇日まで | | | | |
| 市町村職員の退職手当に関する条例施行規則第5条の9第1項・第5条の9の5第2項の規定により上記のとおり申請します。 □□〇〇年 4月 5日 福島県市町村総合事務組合管理者 様 申請者氏名（自署） 〇〇 〇〇 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: yellow; display: inline-block;">必ず自署すること。</div> | | | | | |
| ※ 処 理 欄 | 延長期間 | 年 | 月 | 日から | 年 月 日まで |

注意

- この申請に受給資格証を添えて提出すること。
- ⑥欄の期間が3年を超えるときは、最大限3年まで認められるものである。
- ※欄には、記載しないこと。