**第9号様式**（第5条の9・第5条の9の5関係）

受給期間延長等申請書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ①　申　請　者 | 氏名 |  | 性別 | 男・女 |
| 住所又は居所 |  |
| ②　退職年月日 | 　　　　　年　　　月　　　日 |
| ③　支 給 番 号 |  |
| 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 |
| ⑤　④のイの理由が疾病又は負傷の場合 | 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 | 　　　　　年　　　月　　　日から　　　　　　年　　　月　　　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。　　　年　　　月　　　日福島県市町村総合事務組合管理者　様申請者氏名（自署）　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| ※処理欄 | 延長期間　　　　　　　年　　月　　日から　　　　　年　　月　　日まで |

注意

１　この申請に受給資格証を添えて提出すること。

２　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。

３　※欄には、記載しないこと。