様式第２号の２（第３条関係）

前歴期間特別負担金納額告知書

退職者氏名	退職年月日	退職手当支給額	前歴期間特別負担金	備　　考
	年　　月　　日	円	円	
		計（　　人）		
納入期限		年　　月　　日		

上記のとおり請求します。

年　　月　　日

殿

神奈川県市町村職員退職手当組合長　　印