様式第2号（第3条関係）

特別負担金・調整額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	特別負担金 A	調整額特別負担金 B	計 A＋B
		円	円	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

組合長　　印