

様式第 11 号

受給期間延長申請書

① 申請者	氏名		性別	男・女	受給資格証番号	
	住所又は居所					
② 退職年月日	年 月 日					
③ 職業に就くことができない理由						
④ ③の理由が疾病又は負傷の場合	傷病の名称		診療担当者			
⑤ 職業に就くことができない期間	年 月 日から 年 月 日まで					
<p>神奈川県市町村職員退職手当組合退職手当支給条例施行規則第 17 条第 1 項の規定により上記のとおり申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>神奈川県市町村職員退職手当組合長 殿</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名 ⑩</p>						
※ 処理欄	延長期間 年 月 日から 年 月 日まで					

注 意

- 1 この申請は、組合長に受給資格証（受給資格証の交付を受けていない場合は、退職票）を添えて提出すること。
- 2 ⑤欄「職業に就くことができない期間」とは、③欄の理由により職業に就くことができない期間のことで、その期間が3年を超えるときは、最大限3年間まで認められるものである。
- 3 ※欄には、記載しないこと。