

様式第 23 号

特例一時金に相当する退職手当請求書

資格証 番号	
-----------	--

[請 求 内 容]			
請 求 日 数	日	請 求 金 額	円
上記のとおり特例一時金に相当する退職手当を請求します。 年 月 日 神奈川県市町村職員退職手当組合長 殿 請求者住所又は居所 氏 名 ㊟			
※ 安 定 所 の 長 の 証 明 欄	上記の者が下記の期間失業していたことを証明する。 年 月 日 管轄公共職業安定所長 ㊟ 記		
	1	待期日数の期間中 (年 月 日 ~ 年 月 日) 日間	
2	請 求 日 年 月 日		

[備考]

- 支給条例第 15 条第 8 項に規定する者の請求の場合には、待期日数の期間中の証明は、不要です。
- ※印欄には記載しないこと。