

様式第 11 号

受給期間延長等申請書

|  |   |  |  |             |  |
|--|---|--|--|-------------|--|
| 申請者  | 氏名  |  |  | 受給資格証<br>番号 |  |
|  | 住所又は居所  |  |  |             |  |
| 退職年月日  | 年 月 日   |  |  |             |  |
| この申請書を提出する理由   | <input type="checkbox"/> 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<br><input type="checkbox"/> 事業を開始等したため<br>具体的理由 ( ) |  |  |             |  |
| この理由が疾病又は負傷の場合   | 傷病の名称   |  |  | 診察担当者       |  |
| 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   |  |  |             |  |
| 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、第17条の4第2項の規定により上記のとおり申請します。<br>年 月 日<br>神奈川県市町村職員退職手当組合長 様<br>申請者氏名 |   |  |  |             |  |
| 処理欄  | 延長期間 年 月 日 から 年 月 日 まで  |  |  |             |  |

注 意

- 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。
- 欄の期間が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。
- 欄には、記載しないこと。