

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	平成 年 月 日					
③職業に就く ことができない理由						
④③の理由が 疾病又は負傷の場合	疾病の名称		診療担当者			
⑤職業に就く ことができない期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで					
退職手当組合退職手当条例施行規則第19条の4第1項の規定により、上記のとおり申請します。						
平成 年 月 日						
青森県市町村職員退職手当組合 殿						
申請者氏名						印
※処 理 欄	平成 年 月 日 から 延長期間 平成 年 月 日 まで					

注 意

- この申請は、組合長又はその委任を受けた者に受給資格証（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。
- ⑤欄の「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3年間まで認められるものである。
- ※印欄には、記入しないこと。