

受給期間延長等申請書

| | | | | | | |
|--|---|----------------------|----|-------|---------|--|
| 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この申請書を提出する理由 | イ 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 ロ 事業を開始等したため 具体的理由 [] | | | | | |
| ④③のイ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又は事業を実施する期間 | 年 月 日 から 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・第19条の7第1項の規定により、上記のとおり申請します。 年 月 日 青森県市町村職員退職手当組合 殿 申請者氏名 ⑩ | | | | | | |
| ※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。