

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。