様式第２４号

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　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |
| ※処　理　欄 | 　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日　から　延長期間　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日　まで　 |

注 意

１　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。

２　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。

３　※印欄には、記入しないこと。