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 | 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 |
|  | ③のイ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。年　　月　　日　　神奈川県市町村職員退職手当組合長　様申請者氏名　 |
| * 処理欄
 | 延長期間　　　年　　月　　日　から　　　年　　月　　日　まで |

注　意

　１　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。

　２　⑤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。

　３　※欄には、記載しないこと。