

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	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 事業を開始等したため 具体的理由 ( )				
こ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

- 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。
- 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。
- 欄には、記載しないこと。