

## 受給期間延長等申請書

|   |   |  |       |    |  |
|---|---|--|-------|----|--|
| ① 申請者   | 氏名  |  |       | 性別 |  |
|   | 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<br>ロ 事業を開始等したため<br><br>具体的理由 |  |       |    |  |
| ④③のイの理由が傷病又は負傷の場合   | 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   |  |       |    |  |
| 堺市職員退職手当支給条例施行規則第14条・第14条の4の規定により上記のとおり申請します。<br><br>年 月 日<br><br>様<br><br>申請者 氏名 |   |  |       |    |  |
| ※処理欄  | 年 月 日 から 年 月 日 まで   |  |       |    |  |

## 注意事項

- 1 この申請書を提出する際には、受給資格証を添えること。
- 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 ※印欄には記載しないこと。