

様式第7号(第12条、第12条の4関係)

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	ア 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 イ 事業を開始等したため 具体的理由 ()					
④ ③のアの理由が 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					
佐賀県職員の退職手当に関する条例施行規則第12条第1項・第12条の4第1項の規定により上記のとおり申請します。 年 月 日 任命権者 様 申請者氏名						
※処理欄	延長期間 年 月 日から 年 月 日まで					

注意事項

- この申請は、任命権者に受給資格証(受給資格証の交付を受けていない場合には、退職票)及び③欄の理由の事実を証明することができる書類(医師の証明書、登記事項証明書等)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、最大限3年間まで認められるものである。
- ※印欄には、記載しないこと。