

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	〇〇〇〇	性別	男(女)	受給資格証番	〇()△
	住所又は居所	〇〇市〇〇町1-1-1				
② 退職年月日	令和 〇年 〇月 〇〇日					
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 (該当する場合記入)					
④ ③のアの理由が疾病又は負傷の場合	傷病の名称	(該当する場合記入)		診療担当者	(該当する場合記入)	
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	令和 〇年 〇月 〇〇日から 令和 〇年 〇月 〇〇日まで					
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。 令和 〇年 〇月 〇〇日 任命権者 様 申請者氏名 〇〇 〇〇						
※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。

※ 本申請書を提出する場合、以下の書類を添付すること。

- 受給資格者（受給資格者の交付を受けていない場合には、退職票）のコピー
- 延長理由等が確認できる書類（コピー可）