

様式第7号(第12条関係)

受給期間延長申請書

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 職業に就くことができない理由						
④ ③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	年 月 日から 年 月 日まで					
<p>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項の規定により上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>任命権者 様</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名</p>						
※処理欄	延長期間 年 月 日から 年 月 日まで					

注意事項

- 1 この申請は、任命権者に受給資格証を添えて提出すること。
- 2 ⑤欄の「職業に就くことができない期間」とは、③欄の理由により職業に就くことができない期間のことで、その期間が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 ※印欄には、記載しないこと。