

記載例(色付き部分を記入)

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	〇〇〇〇	性別	男・女	受給資格証番号	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 職業に就くことができない理由	妊娠・出産・育児のため					
④ ③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	令和 〇年 〇月 〇〇日から令和 〇年 〇月 〇〇日まで					
<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>令和 〇年 〇月 〇〇日</p> <p>任命権者 様</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名 〇〇 〇〇</p>						
※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を添えて提出すること。
- 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。
- ※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。

- 退職票(コピー)
- 延長理由が確認できる書類(コピー可)