

別記様式第21号（第24条、第24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	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 ロ 事業を開始等したため 具体的理由 {					
④ ③のイの理由が 疾病又は負傷の場合	傷病の名称		診察担当者			
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					
市町村職員の退職手当に関する条例施行規則第24条第1項・第24条の4第2項の規定により 上記のとおり申請します。 年 月 日 島根県市町村総合事務組合管理者 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

- この申請は、退職の日の翌日から1年の期間内に妊娠、出産、育児、疾病又は負傷その他の理由により引き続き30日以上職業に就くことができない場合に、これに医師の証明書その他のその理由に該当することの事実を証明することができる書類及び受給資格証（受給資格証の交付を受けていない場合は、退職票）を添えて管理者に提出すること。
- 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。
- ※印欄には、記載しないこと。