

様式第5号（第9条、第9条の4関係）

受給期間延長等申請書

① 申請者	氏名			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	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <span style="font-size: 4em;">{</span> </div>		
④ ③のイ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			
<p>職員の退職手当に関する規則第9条第1項、第9条の4第2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>静岡県知事 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、知事に受給資格証を添えて提出すること。
- 2 ③欄には、イ、ロの内該当する項目に○印を付けた上で、具体的理由を記載すること。
- 3 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。
- 4 ※印欄には、記載しないこと。