

受給期間延長（変更）申請書

1 申請者	フリガナ 氏 名		受給資格 証 番 号	
	住所又は住居	〒 <div style="text-align: right;">TEL : ()</div>		
2	離職年月日	令和 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	傷病名	診療機関の 名称・所在 地・連絡先	〒 TEL : ()
			診療担当者 氏 名	
5	職業に就くことができない期間			
		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで		
<p>職員の退職手当に関する条例第13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;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">（あて先） 埼玉県知事</p> <p style="text-align: right; margin-right: 50px;">申請者氏名</p> <div style="text-align: right; width: 50px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-left: auto;"></div>				

注意事項

- 1 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年を越えるときは、最大3年とします。