

(様式第9号)

## 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	1 妊娠・出産・育児のため 2 疾病又は負傷のため 3 その他 ( )					
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					
鹿児島県職員退職手当支給規則第9条第1項の規定により上記のとおり申請します。  年 月 日  鹿児島県教育委員会 殿  申請者氏名						
※ 処理欄	延長期間	年 月 日から 年 月 日まで				

### 注意事項

- ③欄の「職業に就くことができない理由」は、該当するものに○を付け、証明できる書類（母子手帳又は診断書の写し等）を添付すること。  
また、「3 その他」に該当する場合は、具体的に理由を記入すること。
- 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。