

受給期間延長申請書

申請者	氏名		性別	男・女	受給資格 証番号	
	住所又は居所					
退職年月日	平成 年 月 日					
就業に就く ことができない理由						
の理由が 疾病又は負 傷の場合	傷病の名称		診療担当者			
職業に就くことが できない期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日					
規則第7条第11項の規定により上記のとおり申請します。 平成 年 月 日 秋田県市町村総合事務組合管理者 様 <div style="text-align: right;">申請者 氏名 ㊟</div>						
処 理 欄	延長期間 平成 年 月 日から平成 年 月 日まで					

注 意

- 1 この申請は、管理者に受給資格証（受給資格証の交付を受けていない場合は、退職票）を添えて提出すること。
- 2 欄の「職業に就くことができない期間」とは、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4年を超えるときは、最大限4年間まで認められるものである。
- 3 印欄には、記載しないこと。