

記入例（妊娠、出産等の場合）

様式第3

受給期間延長（変更）申請書

受給資格証が交付されている場合は記入

1 申請者	フリガナ 氏 名	ウラワ サイコ 浦 和 彩 子		受給資格証番号	
	住所又は居所	〒 330-9301 さいたま市浦和区高砂3-15-1 TEL: 048 (830) 6665			
2 離職年月日	令和6年3月31日		退職日を記入		
3 職業に就くことができない理由	妊娠、出産及び育児のため (出産予定日 令和6年5月1日)		働くことができない理由 及び出産予定日を記入		
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	〒	
			記入不要		
			診療担当 氏 名		
5 職業に就くことができない期間	令和6年4月1日から 令和 年 月 日まで				
働くことができない期間を記入（退職の日の翌日から最大3年まで可能）					
期間の終了日が不明な場合は記入しない					
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。					
令和 年 月 日					
(あて先) 埼玉県知事					
記名					
申請者氏名 浦和 彩子					

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年間とします。

記入例（傷病の場合）

様式第3

受給期間延長（変更）申請書

受給資格証が交付されている場合は記入

1 申請者	フリカ。ナ 氏 名	ウラワ タロウ 浦 和 太 郎		受給資格 証 番 号
	住所又は居所	〒330-9301 さいたま市浦和区高砂3-15-1 TEL: 048 (830) 6665		
2 離職年月日	令和6年3月31日		退職日を記入	
3 職業に就くことができない理由	負傷・入院のため		働くことができない理由を記入	
4 3の理由が疾病又は負傷の場合	傷病名	左アキレス腱 断裂	診療機関の 名称・所在 地・連絡先	〒000-0000 ○×病院 TEL: △△△ (△△△) △△△△
			診療担当者 氏 名	医師の署名 ○ ○ ○ ○
5 職業に就くことができない期間	働くことができない期間を記入（退職の日の翌日から最大3年まで可能）			
	令和6年4月1日から 令和6年9月30日まで			
期間の終了日が不明な場合は記入しない				
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。				
令和 年 月 日				
申請日は記入しない				
(あて先) 埼玉県知事				
記名				
申請者氏名 浦和 太郎				

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年間とします。