

退職手当請求書

年 月 日

長崎県市町村総合事務組合管理者 様

市町村(組合)長名 印

下記のとおり職員が退職(死亡)いたしましたので、関係書類を添え退職手当を請求いたします。
 なお、退職手当の請求に係るその記載事項及び添付された書類が正当であることを証明します。
 記

本人記入欄	退職年月日	年 月 日	氏名	生年月日 (年 月 日生)	職員番号	号	
	現住所	〒					
	退職時の住所 (1月1日)	〒					
	(ふりがな) 請求者氏名				死亡した職員の氏名		
	職員との続柄				退職手当を受けようとする遺族氏名		
	退職手当の振込先	内 訳		金融機関名	本・支店名	種 別	口座番号
		A	全 額・定 額 定額の場合(円)		店	普・当	
		B	定 額・残 額 定額の場合(円)		店	普・当	
	C	残 額		店	普・当		
	地方公務員共済組合法に基づく借入金()					有 ・ 無	
担当者記入欄	・一般職() ・特別職()	退職日給料月額	級・号給(—)		円	年齢 歳	
	特定減額年月日	年 月 日	特定減額前給料月額	級・号給(—) 円			
	調整額区分	1号区分(月)		2号区分(月)		3号区分(月)	
		4号区分(月)		5号区分(月)		6号区分(月)	
		7号区分(月)		8号区分(月)			
	退職事由	1 自己都合 2 応募認定 3 勸 奨 4 定 年 5 整 理 6 任期満了 7 失 職 8 勸奨(附則第19項) 9 その他()					
	在 職 期 間	年 月 日から 年 月 日まで					
	休職、停職及び 休業の期間	年 月 日から 年 月 日まで (※育児休業の場合:当該育児休業に係る子の生年月日(年 月 日))					
年 月 日から 年 月 日まで (※育児休業の場合:当該育児休業に係る子の生年月日(年 月 日))							
年 月 日から 年 月 日まで (※育児休業の場合:当該育児休業に係る子の生年月日(年 月 日))							
新条例適用年月日	年 月 日	適用日前日給料月額		円			

- (注) 1 職員番号は、長崎県市町村職員共済組合で使用する番号を記入願います。(同組合に未加入の場合は空欄で願います。)
- 2 退職手当の振込について、1口座のみの場合、A欄及び全額に○を囲んでください。
 また、振込先を複数口座に分ける場合においては、A、B、Cの順とし、定額、残額に○で囲んでください。
 なお、支給額がA口座の定額に満たない場合は、A口座に全額を振込み、B口座の定額に満たない場合は、B口座に残額を振り替えます。(本人口座に限る)
- 3 一般職・特別職のカッコ欄は、退職時の辞令に記載されたものを記入願います。
- 4 「年齢」欄は、退職の日の満年齢を記入願います。
- 5 「調整区分」はその者が属していた職員の区分に応じて定める額(調整月額)のうち、その額が多いものから60月分を記入願います。
- 6 「退職事由」欄は、該当する番号を○で囲んでください。