様式第3号(第1条関係)

|  |
| --- |
| 公務傷病による退隠料請求書 |
| 　公務傷病による退隠料の | 給与改定 | を受けたいので、証拠書類を添えて請求します。 |
| 　大阪府知事　様年　　月　　日　　　　　　　　(フリガナ)　　　　　　　　請求者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(※代筆の場合は、請求者の印を押してください。) |
| 退職年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 退職当時の職名 | 　 |
| 現住所 | 　 |
| 郵便番号 | 　 | 　 | 　 | ―― | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
|
| 　 |
| 　 | 都道府県 | 　 |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(電話番号　　　―　　　―　　　) |