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　　　―　　　―　　　) | | | | | | | | | | | | | |