様式第12号(第9条関係)

|  |
| --- |
| 公務傷病による退隠料改定請求書 |
| 　加給の原因である家族の員数が | 増加減少 | したので、下記退隠料の改定について、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。) |
| 退隠料証書記号番号 | 第　　　　　　　　号 |
| 現住所 | 　 |
| 郵便番号 | 　 | 　 | 　 | ―― | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
|
| 　 |
| 　 | 都道府県 | 　 |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(電話番号　　　―　　　―　　　) |