（様式第11号）

長野県社会福祉団体職員退職手当積立基金

**給与改定に伴う差額の給付請求書**

　本会は、職員の給与改定を実施し、　　　　年　　月に遡及して適用したので、下記の退職者・制度退会者を含めました。ついては、その者の新基準給により再計算して得た退職手当金の差額を追加給付してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 番 号 | 氏 名 | 退職・制度退会年月日　　　　　年　　月　　日 |
|  |
| 区　分 | 基金規程第２１条の基準給 | 差　額 | 備　　考 |
| 新給料月額 | 旧給料月額 |
| 退職又は制度退会した日の属する月の一年前(　年　月　日)の給料月額 | 給料表の種類等　級金　額 | 級　号棒　　　　　　円 | 円 |  |  |
| 退職日又は制度退会日の給料月額 | 給料表の種類等　級金　額 | 級　号棒　　　　円 | 円 |  |  |
| 退職手当金の額 | (Ａ)　　　　　円 | (Ｂ)　　　　　円 | (Ａ)－(Ｂ)　　　　　円 |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　社会福祉法人 長野県社会福祉協議会会長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　団体番号

　　　　　　　　　　　　　団体名

印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

　【振込先】

　　　　　　　　　　　　　　　銀行・農協　　　　　　　　　　　　　　支店・支所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　フ　リ　ガ　ナ

　（普通・当座）　口座番号　　　　　　　　　名義

* １（B）欄は、県社協からすでに交付された給付金の額を記入する。

　 ２　退職日の給料月額は、退職、死亡又は制度退会した日の属する月の１年前の給料月額の４％を限度とする昇給率のものとする。