

平成 25 年生活扶助基準改定に関する最高裁判決を踏まえた
保護費の追加給付に係る申出書

申請者の現住所、氏名、電話番号を記載してください。

次ページへ続く

2. 保護を受給していた当時の居所（選択肢をチェックしてください。）

申出先の自治体で保護を受給されていた期間の居所が、

☒ 現住所と同じ

☐ 現住所と異なる（異なる場合は以下の「当時の居所」及び「期間」を記載願います。）

いずれかにチェック
をしてください。

※複数の居所がある場合は、追加で記載願います。

（当時の居所）

（期間） 年 月 日～ 年 月 日

（当時の居所）

（期間） 年 月 日～ 年 月 日

（当時の居所）

（期間） 年 月 日～ 年 月 日

過去に保護歴がる
場合は、上の「現
住所と異なる」に
チェックし、ここ
に記載をお願いします。

※ 居所には、当時住んでいた場所を記載ください。

振込の口座番号を記載してください。（通帳、キ
ャッシュカードの写しを添付してください。）

3. 振込先口座

以下の記入に加え、これらの口座情報が確認できる通帳等の写しを添付してください。

（フリガナ） 口座名義	金融機関名	支店名	口座種別 （普通/当座）	口座番号
ヒガシオオサカ タロウ				
東大阪 太郎	〇〇銀行	△△視点	普通	0 1 2 3 4 5 6 7

※ 振込口座の名義は、申出者本人名義のものに限ります。

4. 申出者以外の世帯員の連絡先（複数人世帯の場合）

複数人世帯の場合は、申出者へ連絡がつかないときの連絡先（他の世帯員）を記載してく
ださい。申出内容の確認等のため、必要に応じてご連絡することがあります。

他の世帯員の氏名 東大阪 花子

電話番号（携帯または自宅） 0 6—△△△△—〇〇〇〇

単身世帯の場合は。
記載不要です

次ページへ続く

5. 加算等の申出

当時の最低生活費の確認のため、申出者及び世帯員について、該当する加算等を記載してください。（該当がない場合は、記載不要。）

※ 加算等の該当がある場合は、併せて挙証資料を提出してください。なお、挙証資料の提出がない場合であっても申出書を受け付けられますが、加算等について算定ができない場合があります。

申出に係る加算等の種類	該当する内容 (平成 25 年 8 月から令和 8 年 3 月までのうち、 該当がある場合に記載ください。)	挙証資料の例
入院患者日用品費 (当時、1 か月をこえる入院期間があった場合は、入院期間を記載してください。)	氏名 : _____ 期間 : 年 月 ~ 年 月 (医療機関名 : _____) 氏名 : _____ 期間 : 年 月 ~ 年 月 (医療機関名 : _____) 氏名 : _____ 期間 : 年 月 ~ 年 月 (医療機関名 : _____)	—
救護施設等基準生活費、介護施設入所者基本生活費等 (当時、救護施設、更生施設、介護保険施設、障害者支援施設、児童福祉施設等に在所していた期間を記載してください。)	氏名 : _____ 期間 : 年 月 ~ 年 月 (施設名 : _____) 氏名 : _____ 期間 : 年 月 ~ 年 月 (施設名 : _____) 氏名 : _____ 期間 : 年 月 ~ 年 月 (施設名 : _____)	—
障害者加算 (当時、障害者加算が算定されていた期間を記載してください。)	氏名 : _____ 期間 : 年 月 ~ 年 月 氏名 : _____ 期間 : 年 月 ~ 年 月 氏名 : _____ 期間 : 年 月 ~ 年 月	身体障害者手帳、国民年金証書、特別児童扶養手当受給証明書、福祉手当認定通知書 ※上記書類がない場合は、精神障害者保健福祉手帳、療育手帳 又は 障害者加算に関する保護決定通知書

※ 複数の該当期間がある場合は、適宜追加で余白に記載ください。

申出に係る加算等の種類	該当する内容 (平成 25 年 8 月から令和 8 年 3 月までのうち、該当がある場合に記載ください。)	挙証資料の例
母子加算 (当時、ひとり親世帯の期間があり、母子加算が算定されていた期間を記載してください。)	氏名 : 期間 : 年 月 ~ 年 月	児童扶養手当の証書・通知書 または 母子加算の決定に関する保護決定通知書
妊産婦加算 (当時、妊産婦の期間があり、妊産婦加算が算定されていた期間を記載してください。)	氏名 : 期間 : 年 月 ~ 年 月	母子健康手帳 または 妊産婦加算の決定に関する保護決定通知書
在宅患者加算 (当時、在宅患者加算が算定されていた期間を記載してください。)	氏名 : 期間 : 年 月 ~ 年 月	結核治療に係る書類 または 在宅患者加算に関する保護決定通知書
放射線障害者加算 (当時、放射線障害者加算が算定されていた期間を記載してください。)	氏名 : 期間 : 年 月 ~ 年 月	被爆者健康手帳、原爆症認定に係る書類 または 保護決定通知書
未成年者控除 (20 歳未満控除) (当時、20 歳未満で、就労収入があり、未成年者控除(20 歳未満控除)がされていた期間を記載してください。)	氏名 : 期間 : 年 月 ~ 年 月 就労先 :	20 歳未満の就労に係る給与明細、通帳履歴(就労収入の状況が分かるもの) または 20 歳未満控除に関する保護決定通知書

※複数の該当期間がある場合は、適宜、追加で余白に記載ください。

申出書の記載内容は以上となります。

【留意事項】

- ※ 1 不実の申請その他不正な手段により申出に基づく支給を受けた場合は、刑法の規定によって処罰されることがあります。
- ※ 2 本申出は当時の世帯主が行うものとなります(当時の世帯主が複数存在する場合は、保護廃止時点における世帯主。以下同じ。)。当時の世帯主が死亡している場合は、当時の世帯主に準ずる者が申出を行ってください。(準ずる者は、①配偶者(届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にあるものを含む。)、②子、③父母、④孫、⑤祖父母、⑥兄弟姉妹、⑦曾孫又は⑧甥姪の順となる。)。なお、同一順位の者が複数いる場合は、代表するものが申出を行ってください。
- ※ 3 申出権者による申出が困難な場合で、代理人が申出するときは、別途委任状を添付ください。
- ※ 4 申出内容の確認等のため、申出者の連絡先へ、必要に応じてご連絡することがあります。