

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

(宛先) 茅ヶ崎市福祉事務所長

申出年月日 令和 8 年 8 月 〇 日
現 住 所 茅ヶ崎市茅ヶ崎〇 - 〇 - 〇
氏 名 茅ヶ崎 太郎
電 話 番 号 〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇

平成 25 年 8 月から令和 8 年 3 月までの期間について、下記のとおり、相違ないため、追加給付に係る必要書類を添えて申し出ます。

記

1. 世帯構成 (平成 25 年 8 月から令和 8 年 3 月までの期間において、保護を受給していた世帯員すべてを記載してください。申出日時点で死亡している世帯員については「死亡」欄に〇をしてください)

(フリガナ) 氏名	世帯主 との続柄	生年月日	生活保護受給期間 (年 月 日)	死亡 (申出日 時点)
チガサキ タロウ	世帯主 本人	昭和〇年〇月〇日	平成〇年〇月〇日 ～ 令和〇年〇月〇日	
茅ヶ崎 太郎			令和〇年〇月〇日	
チガサキ ハナコ	妻	昭和〇年〇月〇日	平成〇年〇月〇日 ～ 令和〇年〇月〇日	
茅ヶ崎 花子			令和〇年〇月〇日	
チガサキ イチロウ	父	昭和〇年〇月〇日	平成〇年〇月〇日 ～ 令和〇年〇月〇日	○
茅ヶ崎 一郎			令和〇年〇月〇日	
チガサキ ハジメ	長男	平成〇年〇月〇日	平成〇年〇月〇日 ～ 令和〇年〇月〇日	
茅ヶ崎はじめ			令和〇年〇月〇日	
チガサキ ユリコ	長女	平成〇年〇月〇日	平成〇年〇月〇日 ～ 令和〇年〇月〇日	
茅ヶ崎 百合子			令和〇年〇月〇日	
		年 月 日	～	
		年 月 日	～	
		年 月 日	～	

※ 本申出は、申出先の自治体で保護を受給されていた期間の世帯主が行うものとなります。世帯主が現在死亡されている場合は、留意事項の※ 2 を参照してください。

※ 申出先の自治体で保護を受給されていた期間について、記入してください。
(他の自治体で保護を受給されていた期間がある場合は、別途その自治体へ申出が必要となります。また、申出先の自治体で複数回保護を受給されている場合は、それぞれの期間ごとに申出が必要となります。)

※ 「生活保護受給期間」について、大学就学等により、世帯分離となっている期間を除いてください。

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。）

※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）〇〇県〇〇市〇〇区〇〇町〇 - 〇 - 〇

（期間）平成〇年 〇 月 〇 日～平成〇年 〇 月 〇 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

※ 居所には、当時住んでいた場所を記載ください。

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 （該当に○）	口座番号
チガサキ タロウ	〇〇銀行	〇〇支店	普通・当座	〇〇〇〇〇〇〇
茅ヶ崎 太郎				

※ 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 茅ヶ崎 花子

電話番号（携帯または自宅）〇〇〇 — 〇〇〇〇 — 〇〇〇〇

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できますが、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。)	拳証資料 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： 茅ヶ崎 花子 期間： 平成 〇〇年 〇〇月～平成 〇〇年 〇〇月 (医療機関名： 〇〇病院) 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 福祉施設等に入 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： 茅ヶ崎 百合子 期間： 平成 〇〇年 〇〇月 ～ 平成 〇〇年 〇〇月 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。 次ページへ続く

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。