

申出書 記入例

ボールペンで記入してください。

消せるボールペンや鉛筆等の消えやすい筆記用具による記入はおやめください。
書き損じた場合は、二重線で消し、訂正してください。

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

申出した日を御記入してください。

(宛先) 春日井市社会福祉事務所長

申出年月日	8 年 8 月 31 日	現住所	愛知県春日井市鳥居松町△丁目□番地
電話番号	1234-56-7890	申出者氏名	春日井 太郎

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。

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○をしてください)

	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)
1	春日井 太郎	本人	S47.10.10	H28.●.● ~ R2.●.●	
2	春日井 花子	妻	S49.11.12	H28.●.● ~ R2.●.●	○
3	春日井 一郎	長男	H20.7.23	H28.●.● ~ R2.●.●	
4	春日井 二郎	次男	H24.5.10	H28.●.●	
5					
6					

申出日時点でお亡くなりの場合は「○」を付けてください。

世帯構成員全員を御記入してください。

※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、裏面の留意事項の※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) 愛知県春日井市△△町○丁目□番地

(期間) H28 年 0 月 00 日 ~ H29 年 0 月 00 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 受取口座

口座名義人をカタカナで記入してください。

以下の人に加え、これらの口座情報が確認できる通帳等のコピーを添付してください。

口座名義人(カナ)	金融機関名	支店名	種別	口座番号(左詰め)
カタカナで記入 カスガイ タロウ	春日井 (銀行) (信金) (農協) (信組)	春日井 (支店) (出張所)	普通 当座	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)

書き損じた場合は、二重線で消してください。

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、必要に応じて御連絡することがあります。

他の世帯員の氏名

春日井 一郎

電話番号(携帯または自宅)

000 - 0000 - 0000

ウラ面も御確認ください。

加算等の記入例

ボールペンで記入してください。

消せるボールペンや鉛筆等の消えやすい筆記用具による記入はおやめください。
書き損じた場合は、二重線で消し、訂正してください。

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。

該当 有無	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 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: 春日井 太郎 期間: H28 年 1 月 ~ R 1 年 6 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 または 障害者加算に関する保護決定通知書
	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: 春日井 花子 期間: H28 年 1 月 ~ H28 年 6 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	在宅医療に係る書類 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。