

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

添付書類について 次の書類を提出してください。※原本は添付しないでください。

●本人確認書類(世帯主)のコピー (現住所の記載があり、有効期限内のもの)

運転免許証

マイナンバーカード

※表面(顔写真のある面)のみ
(マイナンバー通知カードは不可)

在留カード

パスポート 等 のコピーいずれか1点

※裏面に住所、姓の記載がある本人確認書類は裏面のコピーも必要です。



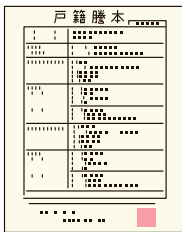
●世帯全員の戸籍謄本のコピー (外国人の場合は、世帯全員の住民票のコピー)

※当時の姓が現在の姓と異なる場合は、併せて、当時の姓が記載された戸籍謄本を添付してください。

※離婚等によって、当時の世帯員が申出者の戸籍から除籍となっている場合、申出者において戸籍の
第三者請求により、除籍となった世帯員の現在の戸籍謄本を請求することができます。

※保護受給中の場合は、戸籍謄本(外国人の場合は住民票)に代えて保護受給証明書によることも可。

※原則として戸籍謄本(外国人の場合は住民票)は発行から3か月以内のものを添付してください。



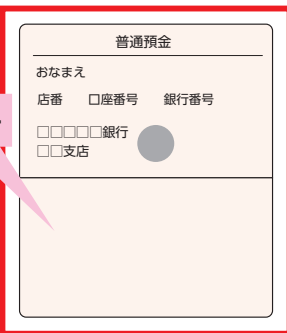
●受取口座が確認できる書類のコピー

1. 金融機関名
2. 支店名
3. 口座番号
4. 口座名義人(カナ)

上記「1.～4.」の記載のある通帳のコピーもしくはキャッシュカードのコピー
インターネットバンキングの画面のコピーでも可

※手書きされた口座名義人名は不可

通帳見開き1ページ目の全面コピー



●同封の同意書

同封されている同意書に必要事項を御記入のうえ、提出してください。

●その他の書類

5 加算等の申出 で必要とされる挙証資料

代理による申出を行う場合は、追加の添付書類があるため、
右記の二次元コードより春日井市ホームページを参照してください。



(掲載のイラストはすべてイメージです。)

(宛先)春日井市社会福祉事務所長

申出年月日	年 月 日	現住所	
電話番号		申出者氏名	

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					
2					
3					
4					
5					
6					

※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)

(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 受取口座

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(左詰めで)
カタカナで記入	銀行 信金 農協 信組	支店 出張所	普通 当座	

※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、必要に応じて御連絡することがあります。

他の世帯員の氏名

電話番号(携帯または自宅)

— —

ウラ面も御確認ください。

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： (医療機関名： 氏名： 期間： (医療機関名： 氏名： 期間： (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： (施設名： 氏名： 期間： (施設名： 氏名： 期間： (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： 氏名： 期間： 氏名： 期間：	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： 期間：	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：	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：	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：	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： (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。

生活保護費追加給付の概要

平成25年生活扶助基準改定について、令和7年6月の最高裁判決により「デフレ調整に係る厚生労働大臣の判断の過程及び手続には過誤、欠落があった」として、原告に対する当時の保護決定処分が取り消されました。
この判決を踏まえ、国は違法とされた生活扶助基準について新たな水準を設定し、その差額分を生活保護受給者等に対し追加給付するものです。

対象世帯

- 平成25年8月から平成30年9月の期間において生活保護を受給していた世帯。
- 上記のほか、平成30年10月から令和8年3月までの間に生活保護を受給したことがある世帯のうち、年末年始をまたいで受給していた方、一定期間入院・入所していた方や障がいがあること等を理由とした生活保護の加算が算定されていた方を含む世帯。

※現在、生活保護停止中の世帯や生活保護廃止世帯も含まれます。
※既に世帯員全員が死亡している場合は追加給付の対象外となります。

支給額

生活扶助基準の「新たな水準」と「従来の水準」との差額
※給付額は、世帯の人数や生活保護を受けていた時期、期間等で算定されるため、世帯によって金額が大きく異なります。

申出方法

① 郵送による申出 申出書を記入していただき、返信用封筒にて
添付書類とあわせて郵送してください。

② 窓口での申出 申出書を記入していただき、添付書類とともに持参してください。
時間 平日 9:00～17:00 場所 市役所10階

③ 申出締切日 申出書の提出締切期限は令和9年7月30日(金)までとなります。

申出書がお手元に届きましたら、内容を御確認いただき、
到着後1ヵ月以内を目安に返送くださいますようお願い申し上げます。

留意事項 ※必ず確認してください。

- ※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、必要に応じて御連絡することがあります。
- ※5 加算等の申出については、本申出書への記載がない場合、市が保有する情報に基づき内容を確認し、該当する加算等について算定を行います。

お問い合わせ

春日井市 健康福祉部 生活支援課
生活保護費追加給付事務局

開設期間：令和9年3月31日(水)まで 9:00～17:00
※土日、祝休日、年末年始 令和8年12月29日(火)～令和9年1月3日(日)は除く



0120-557-030