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

薩摩川内市福祉事務所長 殿

申出者氏名を記入
申出者は生活保護廃止時の世帯主名です

申出年月日　令和８年　１０月　１日
現　住　所　〇〇県〇〇市〇〇町〇番〇号　〇〇アパート　〇号室
氏　　名　川内　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）

当時生活保護を受給していた全ての家族・親族・同居人等の名前を記入

ナ）	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）
センダイ　タロウ 川内　太郎	世帯主本人	昭和 ４５年１０月　６日	平成２５年１月１日 ～ 令和６年１０月１日	
センダイ　ハナコ 川内　花子	妻	昭和 ４６年　８月　７日	平成２５年１月１日 ～ 平成３０年５月１日	〇
センダイ　ヒデヨシ 川内　秀吉	長男	平成 ７年　１月　４日	平成２５年１月１日 ～ 令和６年１０月１日	
センダイ　ウメコ 川内　梅子	長女	平成 １２年　５月　５日	平成２５年１月１日 ～ 令和６年１０月１日	
		月　日	～	
		年　月　日	～	
		年　月　日	～	
		年　月　日	～	

死亡している方は〇を記入

当時の世帯主との関係を記入

※　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。

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。）

※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）　薩摩川内市〇〇町〇〇番〇〇号〇〇アパート〇号室

（期間）平成２５年　１月　１日～平成３０年　８月　１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

当時現住所と別の居所で生活保護を受給していた期間がある場合は当時住んでいた居所、期間を記入

※　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 （普通/当座）	口座番号
センダイ　タロウ 川内　太郎	〇〇銀行	〇〇支店	普通	１２３４５６７

※　振込口座の名義は、申出者本人名義のものに限ります。

ゆうちょ銀行の場合は
【通帳見開き上段の記号・番号】
記号（５桁）番号（８桁）

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　川内　秀吉

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。）	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：川内　太郎 期間：平成２７年　６月～平成２７年　９月 （医療機関名：〇〇病院　） 氏名：川内　花子 期間：平成３０年　１月～平成３０年　５月 （医療機関名：〇〇病院　） 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：川内　花子 期間：平成２５年　８月～平成３０年　５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

書ききれない場合は余白又は別紙に記入

※　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 加算等の種類を確認の上、該当していた加算がある場合は氏名と期間を記入	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。