

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

必ず記載

大東市福祉事務所長 様

○申出者は原則、保護廃止時点の世帯主になります。

(死亡の場合は、世帯員。)

※世帯主死亡時の申出順位については【留意事項】を参照

申出年月日 令和 8 年 8 月 3 日
現住所 大阪市 ○○区 ○○町 ○番 ○号
氏名 大東 一郎
電話番号 090 — △△△△ — □□□□

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○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	死亡 （申出日 時点）
ダイトウ タロウ 大東 太郎	世帯主本人	S51年 1月 12日	平成25年8月1日 ～ 令和8年1月31日	
ダイトウ キミコ 大東 公子				
ダイトウ イチロウ 大東 一郎	妻	S52年8月 23日	平成25年8月1日 ～ 令和5年7月12日	令和5年7月11日 死亡
ダイトウ ジロウ 大東 二郎				
ダイトウ イチロウ 大東 一郎	子	H14年5月 10日	平成25年8月1日 ～ 令和8年1月31日	※令和3年4月～ 令和7年3月まで 大学生で世帯分離
ダイトウ ジロウ 大東 二郎				
ダイトウ ジロウ 大東 二郎	子	H28年2月 9日	平成28年2月9日 ～ 令和8年1月31日	
ダイトウ ジロウ 大東 二郎				

『生活保護受給期間』については平成25年8月1日～令和8年3月31日の範囲内で記載

※ 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。

必ず記載

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）大東市谷川2-2-2 □□ハイツ202

（期間）平成25年8月1日～平成30年3月頃

（期間）については平成25年8月1日～令和8年3月31日の範囲内で記載。わからない場合は大まかで可

（当時の居所）大東市寺川2-3-4 府営寺川団地▲▼▲号室

（期間）平成30年4月頃～令和8年1月31日

（当時の居所）

（期間） 年 月 日～ 年 月 日

現住所と当時の住所が
異なる場合は必ず記載

※ 居所には、当時住んでいた場所を記載ください。

申出者本人口座に限る

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	口座番号						
ダイトウ タロウ 大東 太郎	大東銀行	999支店	普通・当座	9	9	9	9	0	0	0

※ 振込口座の名義は、申出者本人名義のものに限ります。

必ず記載

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。

必ず記載

他の世帯員の氏名

大東 公子

電話番号（携帯または自宅）

06-〇〇〇〇-□□□□

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	氏名：期間： 年 月～ 年 月) (医療機関名：	
(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：	
未記載でも可		

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： 年 月～ 年 月 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： 年 月～ 年 月 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： 年 月～ 年 月 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： 年 月～ 年 月 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 年 月～ 年 月 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

未記載でも可

※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。