

呉市福祉事務所長 殿

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。

申出年月日	令和	年	月	日
-------	----	---	---	---

申出者(代理人含む)記入欄※太枠は、記入が必須です。代理申請の場合は、細枠も記入してください。

氏名	フリガナ	住所及び電話番号	
	氏名	住所	電話番号 ()
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について、上記の者を代理人に定めて、申出書作成・提出及び添付書類の提出を委任します。		委任者（申出権者）氏名	

- 不実の申請その他不正な手段による申出により支給を受けた場合は、刑法の規定により処罰されることがあります。
- 本申出は、当時の世帯主が行うものになります(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、代表する者が申出を行ってください。

代理申請

●代理申請が認められる方(世帯主との関係)

1 同一世帯人:世帯主以外の世帯構成員

2 法定代理人:成年後見人、代理権付与の審判がなされた保佐人及び代理権付与の審判がなされた補助人

3 その他(親族又は日常生活上の世話をを行っている者)

●代理申請に必要な書類

・代理申請者の本人確認書類(運転免許証、マイナンバーカード(表面)など)の写し(A4サイズ)

・同一世帯人・親族の場合、申出権者との関係がわかる戸籍謄本

・法定代理人の場合、委任者本人の戸籍謄本又は登記事項証明書

・施設職員の場合、施設の職員であることがわかる書類

1. 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	電話番号(携帯または自宅)	-	-
----------	---------------	---	---

2. 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、呉市で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。)

(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)
	世帯主本人	年 月 日	年 月 日 ~ 年 月 日	
		年 月 日	年 月 日 ~ 年 月 日	
		年 月 日	年 月 日 ~ 年 月 日	
		年 月 日	年 月 日 ~ 年 月 日	
		年 月 日	年 月 日 ~ 年 月 日	
		年 月 日	年 月 日 ~ 年 月 日	

3.保護を受給していた当時の居所

申出先の自治体で保護を受給し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、下欄の「当時の居所」を記載してください。）

当時の居所

※当時の居所には、当時住んでいた居所を記載してください。

4. 振込先口座

【提出書類】申出権者名義の口座に振り込みます。**口座情報の写しを同封してください。**

- ①金融機関名・②支店名・③預金種別・④口座番号・
⑤口座名義人が記載された通帳の写し等(A4サイズ) (1口座のみ)

※金融機関によっては、複数のページにわたる場合があります。

※金融機関によっては、支店が統廃合されている場合があります。

その場合は、変更後の口座がわかるものを同封してください。

※長期間使用していない口座の場合、振り込みができないことがありますので、普段使用されている口座を一つご指定ください。

※海外において開設した口座は、ご指定いただけません。

※①金融機関名、②支店名、③預金種別、④口座番号、⑤口座名義人のいずれかが判読できない場合、再度提出いただくことがあります。

必ず①金融機関名、②支店名、③預金種別、④口座番号、
⑤口座名義人が確認できる面のコピー(A4サイズ)を
送ってください。



通帳

※インターネット
バンキングの場合は、
①～⑤が記載された
ページを印刷して
同封してください。



キャッシュカード

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の受付はできますが、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： 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： 期間： 年 月 ～ 年 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
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 (就労先名：)	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。

同意欄

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の決定のために必要があるときは、私及び私の世帯員(以下「私等」という。)の保護の受給状況を確認するため、呉市福祉事務所が官公署、日本年金機構等(以下「官公署等」という。)に対し、必要な書類の閲覧若しくは資料の提供を求めることに同意します。

また、呉市福祉事務所の調査又は報告要求に対し、官公署等が報告することについて、私等が同意している旨を官公署等に伝えて構いません。

年	月	日	現住所	
氏名			電話番号	— —

申出書の記載内容は以上となります。