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

江東区福祉事務所長　殿

氏名	申出年月日（西暦）	年　月　日
	電話番号	―　―
現住所（※通知の発送は記載の住所に行います。）		
〒		

※通知の発送及びご連絡は記載の住所・ご連絡先に行います。
※書類の送付先や連絡方法の変更を希望される場合は、コールセンターまでご連絡ください。

平成25年8月（2013年8月）から令和8年3月（2026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（2013年8月）から令和8年3月（2026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（西暦）	生活保護受給期間 （西暦　年　月　日）	死亡 （申込日時点）
	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	～	

※本申出は、江東区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。また、江東区で過去に複数回保護を受給されていた場合で、それぞれの期間ごとに世帯主が異なる場合は、当時の世帯主ごとに申出が必要となります。

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。

※江東区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。）

※「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。）

江東区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（西暦）	年　月　日　～　年　月　日
当時の居所：	
期間（西暦）	年　月　日　～　年　月　日
当時の居所：	
期間（西暦）	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. 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。

どちらか一つご記入ください

☑

口座名義（カナ） ※通帳の表記に合わせてください						
金融機関 ゆうちょ銀行除く	金融機関名	金融機関コード	支店名	支店コード	分類	口座番号（右詰めで記載ください）
	銀行 金庫 組合 農協		本 支店 出張所		普通 当座	

☑

口座名義（カナ） ※通帳の表記に合わせてください				
ゆうちょ銀行	通帳記号 6桁目がある場合は※欄に記入してください	記号 1　0　※		通帳番号（右詰めで記載ください）

※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、必要に応じてご連絡することがあります。

他の世帯員の氏名		続柄	
電話番号（携帯または自宅）	ー　ー		

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（申出内容を証明する書類）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（2013年8月）から令和8年3月（2026年3月）までのうち、該当がある場合に記載ください。）		挙証書類の例
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（西暦）：	年　月 ～ 年　月	
	医療機関名：		
	氏名：		
	期間（西暦）：	年　月 ～ 年　月	
	医療機関名：		
	氏名：		
	期間（西暦）：	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（西暦）：	年　月 ～ 年　月	
	施設名：		
	氏名：		
	期間（西暦）：	年　月 ～ 年　月	
	施設名：		
	氏名：		
	期間（西暦）：	年　月 ～ 年　月	
	施設名：		

申出に係る加算等の種類	該当する内容 （平成25年8月（2013年8月）から令和8年3月（2026年3月）までのうち、該当がある場合に記載ください。）		挙証書類の例
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：		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
	期間（西暦）：	年　月 ～　年　月	
	氏名：		
	期間（西暦）：	年　月 ～　年　月	
	氏名：		
	期間（西暦）：	年　月 ～　年　月	
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：		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
	期間（西暦）：	年　月 ～　年　月	
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：		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
	期間（西暦）：	年　月 ～　年　月	
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：		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
	期間（西暦）：	年　月 ～　年　月	
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：		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
	期間（西暦）：	年　月 ～　年　月	
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：		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
	期間（西暦）：	年　月 ～　年　月	
	就労先：		

※複数の該当期間がある場合は、適宜、追加で余白または別紙に記載の上本申出書に同封してください。

【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⑨その他の順となる。）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。

※5 申出頂いた書類一式はご返却致しません。

江東区福祉事務所長　殿

同意書

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、貴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、貴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

住所

氏名