

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

高知市福祉事務所長 様

記入見本

下記の事項に同意したうえで、生活保護の追加給付について、申し出ます。

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。

申出日	令和 8 年 9 月 1 日	現住所	〒 780 - 8571 高知県高知市本町5丁目〇〇
(フリガナ)	コウチ タロウ	電話番号	080 - XXXX - XXXX
氏名 (申出者)	高知 太郎		

1 世帯構成（平成25年8月～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入してください。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。）

NO	続柄	(フリガナ)	生年月日 (※外国籍の方の場合は、西暦で記入)	生活保護受給期間 (年 月 ～ 年 月)	死亡 (申出日時点)
		氏名 (※受給当時)			
1	世帯主 本人	コウチ タロウ	大正 昭和 平成 令和 52 年 4 月 1 日	平成25年 8月1日 ～ 令和8年 3月31日	
		高知 太郎			
2	妻	コウチ ハナコ	大正 昭和 平成 令和 54 年 5 月 15 日	平成25年 8月1日 ～ 令和2年 6月30日	○
		高知 花子			
3	長男	コウチ イチロウ	大正 昭和 平成 令和 15 年 7 月 15 日	平成25年 8月1日 ～ 令和2年 6月30日	
		高知 一郎			
4			大正 昭和 平成 令和 年 月 日	～	
5			大正 昭和 平成 令和 年 月 日	～	
6			大正 昭和 平成 令和 年 月 日	～	

※ 本申出は、高知市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。
※ 「氏名」については、受給していた当時の氏名を記入してください。
※ 「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（どちらかにチェックをしてください。）

- ☐ 現住所と同じ
☒ 現住所と異なる（異なる場合は以下に「当時の居所」及び「期間」を記入してください。）

当時の 居所	〒 780 - XXXX	居 住 期 間	平成 25年 年 8 月 ～ 令和 3年 年 4 月
	高知県高知市〇〇		

3 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）を記入してください。申出内容の確認等のため、必要に応じて連絡することがあります。

他の世帯員 の氏名	高知 一郎	電話番号	080 - XXXX - XXXX
--------------	-------	------	-------------------

裏面に続く ➡

【様式1】

4 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	支店名	口座種別 (普通/当座)	口座番号
コウチ タロウ	〇〇銀行	△△支店	普通	XXXXXXXX
高知 太郎			当座	

※どうしても口座による受取ができない方のみ、以下の受取方法のどちらかにチェックしてください。

- ☐ 窓口での給付を希望する
- ☐ 現金書留での給付を希望する（高知市外に居住している等、窓口での受取が困難な場合。）

※給付日時の調整等のため、日中に連絡がつく電話番号を記入してください。

電話番号： — —

以下は、該当する場合のみ記入してください。

5 加算等の申出

当時、申出者及び世帯員について、該当する加算等があれば記入してください。また、併せて挙証資料をご提出ください。
※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。また、加算等の算定についても、高知市が保管している情報を基に算定をいたします。

加算等の種類	該当する内容	挙証資料の例
	(平成25年8月から令和8年3月までの期間)	
入院患者日用品費 (1か月をこえる入院期間があった場合は記入)	氏名: 高知 太郎	—
	期間: 平成30年 4月 ~ 平成30年 5月	
	医療機関名: 〇〇病院	
救護施設等基準生活費 (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入)	氏名: 高知 花子	—
	期間: 令和元 年 1月 ~ 令和2 年 6月	
	施設名: 〇〇病院	
障害者加算	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 又は障害者加算に関する保護決定通知書
	期間: 年 月 ~ 年 月	
母子加算	氏名:	児童扶養手当の証書・通知書 又は 母子加算の決定に関する保護決定通知書
	期間: 年 月 ~ 年 月	
妊産婦加算	氏名:	母子健康手帳 又は 妊産婦加算の決定に関する保護決定通知書
	期間: 年 月 ~ 年 月	
在宅患者加算	氏名:	結核治療に係る書類 又は 在宅患者加算の決定に関する保護決定通知書
	期間: 年 月 ~ 年 月	
放射線障害者加算	氏名:	被爆者健康手帳 原爆症認定に係る書類 又は放射線障害者加算の決定に関する保護決定通知書
	期間: 年 月 ~ 年 月	
未成年者控除 (20歳未満控除)	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) 又は 20歳未満控除の決定に関する保護決定通知書
	期間: 年 月 ~ 年 月	
	就労先:	

※複数の該当期間がある場合は、適宜、余白や別紙等に追加で記入してください。

【記入にあたっての留意事項】

- ※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、①～⑧以外の世帯員の順となる。）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。
- ※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。（※法定代理人による申出の場合は委任状の添付は不要です。）
- ※4 申出内容の確認等のため、必要に応じて申出者へ連絡することがあります。