＜別添様式 4＞

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

伊達市　健康福祉部長　様

申出年月日　令和8年●月●日
現　住　所　伊達市鹿島町 20 番地 1
氏　　名　伊　達　一　郎
電 話 番 号　0142-23-3331

平成 25 年８月から令和８年３月までの期間[illegible]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[illegible]

・申出年月日は記入日を記載してください。
・申出者は生活保護を受けていた**当時の世帯主**の方になります。当時の世帯主が亡くなっている場合、下記の申出順位を参考にしてください。

１．世帯構成（平成 25 年[illegible]
世帯員すべ[illegible]
ては「死亡[illegible]

（フリガナ） 氏名	世帯[illegible]との続柄	[illegible]	[illegible]（年 月 日）	[illegible]時点）
ダテ　イチロウ 伊達　一郎	世帯主 本人	S55 年 5 月 5 日	H24.10.1～ H29.3.31	
ダテ　ハナコ 伊達　花子	妻	S55 年 6 月 6 日	H24.10.1～ H28.3.31	
ダテ　ジロウ 伊達　二郎	長男	H20 年[illegible]		
ダテ　タロウ 伊達　太郎	父	S20 年 1 月 1 日	H24.10.1～ H27.3.31	○
		年　月　日	～	

受給当時の世帯員を全員記入してください。

当時の世帯主が死亡している場合の申出順位は
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甥姪の順となります。

※　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
申出先の自治体で保護を受給されていた期間の居

☐　現住所と同じ

☑　現住所と異なる（異なる場合は以下の「当時

現住所と保護受給当時の住所が違う場合、当時の住所から現在の住所に至るまでの住所及び期間を記入してください。
※当時の住所が不明な場合、戸籍附票を添付してください。

※複数の居所がある場合は、追加で記載願います。

（当時　居所）　伊達市鹿島町１番地１
（期間）　H23 年 4 月～H26 年 3 月

（当時の居所）　伊達市末永町 39 番地 8
（期間）　H26 年 4 月～H27 年 3 月

（当時の居所）
（期間）　　日

いずれかにチェックをつけてください。

（当時の居所）
（期間）　　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

申出者（当時の世帯主）名義の口座を指定してください。

（フリガナ） 口座名義	金融機関		（普通/当座）	
ダテ　イチロウ 伊達　一郎	伊達信用金庫	本店	（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。

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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号（携帯または自宅）　　―　　―　　＿＿＿＿

５．加算等の申出

次ページへ続く

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： 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：　　） 当時受けていた加算について記載してください。	―
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：　伊達　二郎 期間：　H24 年 10 月～H28 年 3 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。

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	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。

伊達市健康福祉部長　様

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。

令和 8 年 ● 月 ● 日

住所　伊達市鹿島町20番地1

氏名　伊達一郎

申出者（当時の世帯主）氏名を記載してください。世帯員の方が代筆している場合には代筆者氏名も記載してください。