

小郡市福祉事務所長 殿

申出者が現在住んでいるところを記入してください。

申出年月日 令和8年 〇 月 〇〇 日
 現住所 〇〇市〇〇町〇丁目〇-〇 〇〇〇号
 氏名 小郡 太朗
 電話番号 〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇

申出者は、生活保護廃止時点の世帯主になります。
 なお、申出時点で上記世帯主が死亡している場合は、当時同じ世帯で保護を受給していた世帯員の方をご記入ください。（留意事項※2）

ため 追加給
平日の日中に連絡が
取れる電話番号を記
入してください。

記

令和8年3月までの期間において

当時、保護を受給されていた世帯員をすべてご記入ください。

小都市で保護を受給されていた期間をご記入ください。

なお、大学就学等により世帯分離となっている期間は除いてください。

生活保護受給期間が不明な場合は、小都市の福祉事務所へご相談ください。

年
日

年
日

○

申出時点で、死亡している方には、「○」をご記入ください。

- 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、

保護を受給されていた
当時の居所について、
該当するほうに**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）小郡市〇〇町〇丁目〇-〇

（期間）2013 年 〇 月 〇〇 日～2020 年 〇 月 〇〇 日

の居所）

日～ 年 月 日

保護を受給されていた当時の居所が、現住
所と異なる場合は、「当時の居所」及び
「期間」をご記入ください。
居所が複数ある場合は、すべてご記入くだ
さい。

日～ 年

※ 居所には、当時住んでいた場所を記載ください。

希望する振込先口座をご記入ください。
※ゆうちょ銀行を希望する場合は、
通帳の見開き下部に記載されている
【店名】【預金種目】【口座番号】を
ご記入ください。
注）振込口座の名義は、申出者本人名
義のものに限ります。

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 （普通/当座）	口座番号
お*利 知 小郡 太朗	〇〇銀行	〇〇支店	普通	0123456

※ 振込口座の名義は、申出者本人名義のものに限ります。

※【口座番号】記入の注意点
口座番号は7桁でご記入ください。
口座番号が7桁でない場合は、頭に
「0」を付けてご記入ください。

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 小郡 二郎

電話番号（携帯または自宅） 〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇

当時、保護を受給されてい
た世帯の中に、申出者以外
に他の世帯員がいる場合は、
ご記入ください。
※申出者へ連絡がつかない
ときにご連絡することがあ
ります。

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 (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： 小郡 ○○ 期間：平成○○年 ○ 月～平成○○年 ○ 月 (医療機関名： ○○病院) 氏名： _____ 期間： _____ 月～ _____ 年 _____ 月 (医療機関名： _____) 氏名： _____ 期間： _____ 月～ _____ 年 _____ 月 (医療機関名： _____) 平成25年8月から令和8年3月までのうち、保護を受給されていた期間に、1 か月をこえる入院期間がある場合は、対象者の氏名、入院期間、医療機関名を記入してください。 また、複数回・複数人いる場合は、続けてご記入ください。	-
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： 小郡 ○○ 期間：平成○○年 ○ 月～平成○○年 ○ 月 (施設名： ○○園) 氏名： _____ 期間： _____ 月～ _____ 年 _____ 月 (施設名： _____) 氏名： _____ 期間： _____ 月～ _____ 年 _____ 月 (施設名： _____) 平成25年8月から令和8年3月までのうち、保護を受給されていた期間に、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がある場合は、対象者の氏名、入所期間、施設名をご記入ください。 また、複数回・複数人いる場合は、続けてご記入ください。 ※施設名については、できるだけ詳しく記入してください。	-
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： 小郡 ○○ 期間：平成○○年 ○ 月～平成○○年 ○ 月 氏名： _____ 期間： _____ 月～ _____ 年 _____ 月 氏名： _____ 期間： _____ 月～ _____ 年 _____ 月 平成25年8月から令和8年3月までのうち、保護を受給されていた期間に、障害者加算が算定されていた期間がある場合は、対象者氏名とその期間をご記入ください。 また、右記に記載している挙証書類1点を併せてご提出ください。	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

※ 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： 小郡 ○○ 期間：平成○○年 ○月～平成○○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： 小郡 ○○ 期間：平成○○年 ○月～平成○○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： 小郡 ○○ 期間：平成○○年 ○月～平成○○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： 小郡 ○○ 期間：平成○○年 ○月～平成○○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： 小郡 ○○ 期間：平成○○年 ○月～平成○○年 ○月 就労先： 株式会社○○	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

各加算等 (母子加算～未成年者控除 (20 歳未満控除)) の種類を確認の上、該当していた加算等がある場合は、対象者の氏名と加算の算定や控除がされていた期間をご記入ください。
また、右記に記載している挙証書類 1 点を併せてご提出ください。

【留意事項】

※ 1 不実の

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。