

2. 保護を受給していた当時の居
松戸市で保護を受給されていた期間
- ☐ 現住所と同じ
- ☒ 現住所と異なる（異なる場合は

生活保護を受けていたときの住所が今お住いの住所と
同じかどうかをチェックしてください。

※複数の住所がある場合は、追加で記載願います。

（当時の住所）松戸市根本〇-〇-〇

（期間）平成 30 年 4 月 1 日～ 令和 3 年 8 月 15 日

（当時の住所）

（期間） 年 月

（当時の住所）

（期間） 年 月

生活保護を受けていたときの住所が今お住まいの場所と違う場合、
当時の住所を記入してください。

※ 住所には、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。

（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
マツド タロウ	〇〇銀行	〇〇支店	普通	〇〇〇〇〇〇〇
松戸 太郎				

※ 振込口座の名義は、申出者本人名義のもの

申出を行う御本人の銀行口座の情報を記入してください。

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

松戸 花子

電話番号（携帯または自宅）〇〇〇 — 〇〇〇 — 〇〇〇〇

申出を行う御本人以外の方の連絡先を記入してください。

次ページへ続く

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られますが、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： _____)	—
生活保護を受けていた時に受けていた加算等を分かる範囲で記入して下さい。 (わからない場合は空欄で差し支えありません)		
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： _____)	—
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

※ 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	氏名 : 期間 : 年 月 ~ 年 月	母子健康手帳 または
生活保護を受けていた時に受けていた加算等を分かる範囲で記入して下さい。 (わからない場合は空欄で差し支えありません)		
されていた期間を記載してください。)		母子加算の決定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。