

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について

平成 25 年の生活扶助基準の見直しに関する最高裁判決を踏まえ、平成 25 年 8 月から令和 8 年 3 月までの間に生活保護を受給されていた世帯を対象に、追加給付を行います。

	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度	H29年度	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度
居宅の基準額（第 1 類、第 2 類）			H25. 8~H30. 9										
入院患者日用品費、救護施設等の基準額、介護施設入所者基本生活費													
期末一時扶助			H25. 8~R8. 3										
妊産婦加算、障害者加算（重度障害者加算、家族介護料、他人介護料を除く）、介護施設入所者加算、在宅患者加算、放射線障害者加算（H25.10以降に限る）、母子加算（入院患者等）、冬季加算（入院・介護施設）													
未成年者控除（20歳未満控除）													
冬季加算（居宅、救護施設等）			H25. 8~H27. 9										
母子加算（在宅者）			H25. 8~H30. 9										

一部の方は申出が必要となります。

現在受給中の方				現在受給されていない方
平成25年8月以降、現在まで継続して相模原市で生活保護を受給している世帯	平成25年8月以降、現在まで継続して相模原市で生活保護を受給している期間とは別に、相模原市で生活保護を受給したことがある世帯			申出必要※1
	現在と当時の世帯主が同じ場合	現在と当時の世帯主が異なる場合	令和8年6月1日以降に生活保護を開始した場合	
申出不要	申出不要	申出必要※1	申出必要※1	

※1 当時の世帯主からの申出が必要です。申出書 1 ページ【留意事項】を確認してください。

申出受付期間は、令和 8 年 8 月 1 日から令和 9 年 7 月 3 1 日までです。

LoGo フォームからお手続きいただくか、本申出書及び添付書類を次の送付先へ郵送してください。

こちらの QR コード （市ホームページ）から LoGo フォームへ アクセスできます。		<送付先> 2 5 2 - 5 2 7 7 神奈川県相模原市中央区中央 2 - 1 1 - 1 5 相模原市役所 生活福祉課 追加給付担当 宛
---	---	--

手続きに関する問い合わせ先

『相模原市生活保護費等追加給付コールセンター』

電話番号 0120-267-134

FAX 番号 0120-004-169

受付時間 平日午前 9 時～午後 5 時

次ページ「申出書」へ続く

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

相模原市長 殿

申出年月日		年	月	日		
申出者の現住所（〒					－	）
都・道 府・県		市・区 町・村				
申出者氏名（【留意事項】(1)と(2)参照）						
電話番号						
【代理人が申請する場合のみ記入】						
代理人氏名						
電話番号						

【留意事項】

- (1) 本申出は、相模原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（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。）。
- (2) 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) 決定通知書等の相模原市から送付する書類は、本申出書 1 ページ目右上の「申出者の現住所」へ送付します。代理人が申請する場合には、代理人の住所へ送付します。代理人が施設等の職員の場合には、施設へ送付することも可能ですので、希望される場合には、下記に施設の住所を記載してください。
- （〒 ー ）
- 施設の住所 都・道 市・区
府・県 町・村
- (5) 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。
- (6) 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。

平成 25 年 8 月から令和 8 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 月から令和 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 受給当時の氏名	世帯主 との続柄	生年月日	生活保護受給期間 (年 月 日)	死亡 (申出日時点)
	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	～	
		年 月 日	～	
		年 月 日	～	
		年 月 日	～	
		年 月 日	～	
		年 月 日	～	
		年 月 日	～	
		年 月 日	～	

※ 相模原市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。

2. 保護を受給していた当時の居所（相模原市で保護を受給されていた期間の居所）
【下記の□に✓を入れてください。】

☐ 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）

（期 間） 年 月 日 ～ 年 月 日

（当時の居所）

（期 間） 年 月 日 ～ 年 月 日

（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、これらの口座情報が確認できる通帳の写し（金融機関名、支店名、口座種別、口座番号、口座名義人が確認できるページ）、またはキャッシュカードの写しを添付してください。ネット銀行を利用している場合で、紙の通帳やキャッシュカードが無い方は、口座情報が確認できる画面のスクリーンショットを印刷し、添付してください。

口座名義	フリガナ	
	氏 名	

※ 振込先口座は、申出者本人名義のものに限ります。

【ゆうちょ銀行以外の金融機関への振込を希望する場合】

金融機関名		支店名		支店コード			
銀行 農協 組合 信金		支店					
口座種別		口座番号					
普通 / 当座 ※どちらか○をしてください							

【ゆうちょ銀行への振込を希望する場合】

金融機関名	通帳記号（左詰め）						通帳番号（左詰め）							
ゆうちょ銀行														

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。

電話番号（携帯または自宅）

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、該当する加算等を可能な範囲で記載してください。また、併せて挙証資料を提出してください。

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)	—

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
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
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。