

<別添様式3>

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
支援給付費の追加給付に係る申出書

稲城市福祉事務所長 殿

申出年月日 年 月 日
現 住 所
氏 名
電 話 番 号

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、支援給付を受給していた中国残留邦人等本人及び配偶者を記載してください。申出日時点で死亡している場合には「死亡」欄に○をしてください）

（フリガナ） 氏名	中国残留 邦人等 との続柄	生年月日	支援給付受給期間 （ 年 月 日）	死亡 （申出日 時点）
	本人	年 月 日	～	
	配偶者	年 月 日	～	

- ※ 本申出は、稲城市で支援給付を受給されていた期間の中国残留邦人等本人が行うものとなります。中国残留邦人等本人が現在死亡されている場合は、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。）が申出を行ってください。
- ※ 中国残留邦人等本人同士の夫婦の場合は、代表するものが申出を行ってください。
- ※ 稲城市で支援給付を受給されていた期間について、記入してください。
（他の自治体で支援給付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、稲城市で複数回支援給付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。）

次ページへ続く

2. 支援給付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。）

稲城市で支援給付を受給されていた期間の居所が、

- ☐ 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

※ 振込口座の名義は、申出者本人名義のものに限ります。

4. 申出者以外の連絡先

申出者へ連絡がつかないときの連絡先（御親族）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。

氏名 _____（申出者との続柄： _____）

電話番号（携帯または自宅） _____ — — _____

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、中国残留邦人等本人及び配偶者について、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、児童福祉施設等に在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：)	—
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支援給付決定通知書

※ 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支援給付決定通知書
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支援給付決定通知書
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支援給付決定通知書
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 支援給付決定通知書

※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 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。
- ※ 3 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。

稲城市福祉事務所長 殿

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支援給付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。）の支援給付の受給状況を確認するため、貴支援給付の実施機関が官公署、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、貴支援給付の実施機関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。

年 月 日

住所

氏名