

記入例

平成25年8月～令和8年3月までの期間において、支援給付費を受給していた中国残留邦人等本人が記入してください。

申出時点で、中国残留邦人等本人が死亡している場合は、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。

平成25年8月～令和8年3月までの期間において、支援給付費を受給していた当時の世帯構成を、既に死亡されている方を含めて記入してください。なお、受給期間が不明な場合は、分かる範囲でご記入ください。

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

（あて先）岐阜市福祉事務所長

申出年月日 令和8年×月××日
現住所 岐阜市司町△△丁目〇〇番地
氏名 岐阜 太郎
電話番号 058-265-××××
山田 次郎（成年後見人）

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）
ギフ タロウ 岐阜 太郎	本人	昭和 ××年××月××日	平成25年 4月1日 ~ 令和8年 3月31日	
ギフ ハナコ 岐阜 花子	配偶者	昭和 ××年××月××日	平成25年 4月1日 ~ 令和8年 3月31日	

※ 本申出は、申出先の自治体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。

※ 申出先の自治体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、申出先の自治体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

平成25年8月～令和8年3月までの期間において、支援給付費を受給していた当時の住所が現住所と異なる場合は、記入してください。なお、正確な内容が不明な場合は、分かる範囲でご記入ください。

2. 支援給付を受給していた当時の住所（選択肢をチェックしてください。）
申出先の自治体で支援給付を受給されていた期間の住所が、
- ☐ 現住所と同じ
- ☒ 現住所と異なる（異なる場合は以下の「当時の住所」及び「期間」を記載願います。）

※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）岐阜市柳津町●丁目×××番地 ○○ハイツ △△号室

（期間）平成26年2月3日 ～ 平成28年2月1日

（当時の住所）

（期間） 年 月 日～ 年 月 日

（当時の住所）

（期間） 年 月 日～ 年 月 日

※ 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
ギフ タロウ	十六銀行	〇〇支店	普通	12345678
岐阜 太郎				

※ 振込口座の名義は、申出者本人名義のものに限ります。

申出者の本人名義の口座を記入してください。

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 岐阜 次郎 （申出者との続柄： 弟 ）

電話番号（携帯または自宅） 090-××××-●●●●

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、併せて学証資料を提出してください。なお、学証資料の提出がない場合であっても申出書を受け付けますが、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。)	学証資料 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： 岐阜 太郎 期間： 平成30年6月 ～ 平成30年12月 (医療機関名： ■■■■■病院) 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：)	—
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

平成25年8月～令和8年3月までの期間に受給していた加算等について、氏名、受給期間などを記入してください。なお、正確な内容が不明な場合は、分かる範囲でご記入ください。

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
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、別途委任状を添付してください。
- ※ 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。

本申出に関する留意事項が記載されていますので、ご確認ください。

記入例

（あて先）岐阜市福祉事務所長

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。

申出書に記入した申出者の住所・氏名を記入してください。

令和 8 年×月××日
住所 岐阜市司町△△丁目〇〇番地
氏名 岐阜 太郎