

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のご案内

申出書の提出締切期限は**令和9年7月31日(土)消印有効**です。
※窓口受付は令和9年7月30日(金)まで

制 度 概 要	平成25年生活扶助基準改定について、令和7年6月の最高裁判決により「デフレ調整に係る厚生労働大臣の判断の過程及び手続には過誤、欠落があった」として、原告に対する当時の保護決定処分が取り消されました。この判決を踏まえ、国は違法とされた生活扶助基準について新たな水準を設定し、その差額分を生活保護受給者等に対し追加給付するものです。
対 象 世 帯	■支給額 生活扶助基準の「新たな水準」と「従来の水準」との差額 ※給付額は、世帯の人数や生活保護を受けていた時期、期間等で算定されるため、世帯によって金額が大きく異なります。 1.平成25年8月から平成30年9月の期間において生活保護を受給していた世帯。 2.上記のほか、平成30年10月から令和8年3月までの間に生活保護を受給したことがある世帯のうち、年末年始をまたいで受給していた方、一定期間入院・入所していた方や障がいがあること等を理由とした生活保護の加算が算定されていた方を含む世帯。 ※現在、生活保護停止中の世帯や生活保護廃止世帯も含まれます。 ※既に世帯員全員が死亡している場合は追加給付の対象外となります。
申 請 方 法	申出書を記入していただき、添付書類を準備の上、郵送または窓口まで持参ください。 ※郵送費用については申出者様にてご負担ください。
支 給 方 法	口座振込

添付書類について

申請には、添付書類が必要です。添付書類はこちらページを確認ください。

申出者の本人確認書類のコピー、全世帯員の戸籍謄本の写し、口座情報が確認できる口座確認書類のコピー、同意書(要記入)、その他(外国人の場合は、全世帯員の住民票の写し、加算等の申出で必要となる挙証資料、等)
※戸籍謄本の写し、住民票の写しは発行から3か月以内のものとする

お問合せ先

岡崎市追加給付事務室

受付時間:令和9年7月30日(金)まで
平日午前9時～午後4時
※土日、祝休日、年末年始
令和8年12月29日(火)～令和9年1月3日(日)は除く

TEL 0564-23-6755

FAX 0564-23-7431

添付書類について

次の書類を提出してください。※原本は添付しないでください。

必須 ●本人確認書類(世帯主)のコピー

(現住所の記載があり、有効期限内のもの)

運転免許証
マイナンバーカード
※表面(顔写真のある面)のみ
(マイナンバー通知カードは不可)
在留カード
パスポート 等 のコピーいずれか1点

※裏面に住所、姓の記載がある本人確認書類は裏面のコピーも必要です。

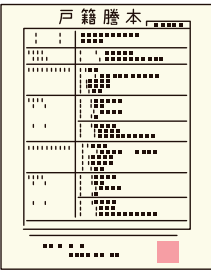


(イラストはイメージです。)

必須 ●世帯全員の戸籍謄本の写し

(外国人の場合は、世帯全員の住民票の写し)

※当時の姓が現在の姓と異なる場合は、併せて、当時の姓が記載された戸籍謄本を添付してください。
※離婚等によって、当時の世帯員が申出者の戸籍から除籍となっている場合、申出者において戸籍の第三者請求により、除籍となった世帯員の現在の戸籍謄本を請求することができます。
※保護受給中の場合は、戸籍謄本(外国人の場合は住民票)に代えて保護受給証明書によることも可。



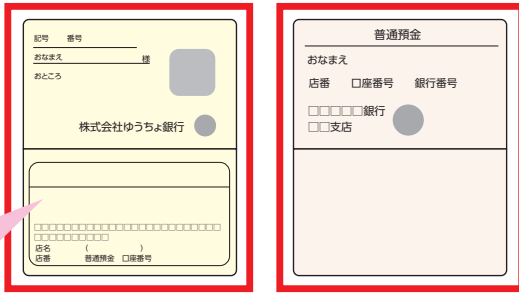
(イラストはイメージです。)

必須 ●口座が確認できる書類のコピー

金融機関名・支店名・口座番号・**口座名義人(カナ)**が分かる(通帳見開きページ全面 等)通帳のコピーを同封してください。
Web通帳の場合は、マイページ等の印刷でも可

ゆうちょ銀行

金融機関(ゆうちょ銀行を除く)



通帳の場合は、口座情報が分かる見開きページ**全面**のコピーを同封してください。

(イラストはイメージです。)

必須 ●同意書

(追加給付に当たって必要な調査に係る同意)

同封されている同意書に必要事項を御記入のうえ、提出してください。

●その他の書類

(必要に応じて提出)

5 加算等の申出 で必要とされる挙証資料

●代理による申出を行う場合

委任状、身分確認書類、本人との関係を証する書類

申出書
 記入例

ボールペンでご記入ください。
 消せるボールペンや鉛筆等の消えやすい筆記用具によるご記入はおやめください。

1枚目

(宛先)岡崎市福祉事務所長

記入する日

申出年月日	R8年 8月 10日	現住所	愛知県岡崎市十王町二丁目9番地
電話番号	0564-00-0000	申出者氏名	岡崎 太郎

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。

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)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)
オカザキ タロウ	本人	S52.6.25	H28.00.00～R8.00.00	
岡崎 太郎				
オカザキ ハナコ		S55.11.15	H28.00.00～R8.00.00	○
岡崎 花子				
オカザキ ジロウ		H20.11.5	H28.00.00～R8.00.00	
岡崎 次郎				

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

2枚目

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、

☐ 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)	愛知県岡崎市〇〇町〇丁目〇番地
(期間)	H28年 0月 00日 ～ H30年 0月 00日
(当時の居所)	
(期間)	年 月 日 ～ 年 月 日

3 振込先口座

□座情報をご記入の上、必ず□座情報※振込口座の名義は、申出者本人名義

□座名義人(カナ)	カタカナで記入 オカザキ タロウ										
金融機関名	金融機関コード	支店名(店名)	店番号(店番)	種別	口座番号(右詰め)						
岡崎市役所	1234	岡崎	567	普通	0	1	2	3	4	5	6
銀行	金庫	信組	農協	漁協	店	本店	支店	本所	支所	出張所	

※ゆうちょ銀行を希望される場合は、通帳の見開きページの下部にある受取口座情報を記入ください。

※ゆうちょ銀行の金融機関コードは「9900」です。

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	岡崎 三郎
電話番号(携帯または自宅)	000 - 0000 - 0000

3枚目

市が把握している加算項目については記入がない場合でも、加算期間を考慮して支給金額の算定を行います。

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。)	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: 岡崎 太郎 期間: H30年 00月 ～ H30年 00月 (医療機関名: 〇〇病院) 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: 岡崎 花子 期間: R5年 00月 ～ R1年 00月 (施設名: 〇〇施設) 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: 岡崎 次郎 期間: H28年 00月 ～ R8年 00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 または 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。