

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。

【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。