

(別紙 5-A) 帳票レイアウト

帳票レイアウト一覧

業務	帳票タイトル	頁番号
生活保護	01 家賃・間代・地代証明書	001
	02 給与証明書	002
	04 資産申告書	003
	06 収入申告書	005
	07 住宅補修計画書	007
	08 生業計画書	008
	09 葬祭扶助申請書	009
	10 登記事項証明書・閉鎖謄本・抄本請求書	010
	11 同意書	011
	12 保護申請書	012
	15 検診依頼書	013
	16 検診書	014
	17 検診命令書	015
	19 検診料請求書	016
	20 29条調査依頼書(共通)	017
	21 29条調査依頼書(銀行本店一括)	018
	22 29条調査回答書(銀行支店・その他金融)	020
	23 29条調査回答書(銀行本店一括)	021
	25 29条調査依頼書(生命保険一括)	022
	26 29条調査依頼書(その他)	024
	27 29条調査回答書(課税)	025
	28 29条調査回答書(生命保険一括)	026
	29 29条調査回答書(その他)	027
	31 29条調査回答書(固定資産)	028
	32 29条調査回答書(自動車)	029
	33 29条調査回答書(年金)	030
	34 戸籍謄本等発行依頼書	031
	39 扶養義務調査依頼書	032
	40 扶養届書	033
	43 医療機関連絡票	034
	45 介護機関連絡票	035
	46 境界層該当証明書	036
	49 保護決定通知書	038
	51 保護申請却下通知書	039
	53 民生委員通知書	040
	54 生活保護費支給明細書(都道府県)	041
	56 連絡票(民生委員用保護申請却下通知書)	042
	57 過払金収入充当通知書	043
	63 収入申告書(保護継続中・月額給与記載用)	044
	64 収入申告書(保護継続中・日額給与記載用)	046
	66 進学準備給付金支給(不支給)決定通知書	048
	67 進学準備給付金申請書	049
	68 弁明通知書	050
	69 就労自立給付金申請書	051
	70 保護廃止(停止)通知書	053
	72 就労自立給付金決定通知書	054
	77 求職活動状況・収入申告書	055
	78 個人票A	056
	83 被保護者就労準備支援シート【計画書】	058
	84 被保護者就労準備支援シート【評価書】	059
	86 保護変更申請書(傷病届)様式第12号	060
	87 保護変更申請書(傷病届)様式第17号	061
	88 医療要否意見書	062
	89 精神疾患入院要否意見書	064
	90 生活保護法給付券要否意見書送付書	066
	91 生活保護法給付券要否意見書受領書	067
	93 診療依頼書(入院外)	068
	94 生活保護法医療券・調剤券	069
	95 訪問看護に係る利用料請求書	070
	96 医療券送付書	071
	97 医療券受領書	072
	98 医療券連名簿(連名医療券)	073
	99 生活保護法給付券送付書	074
	100 生活保護法給付券受領書	075
	103 医療券転帰通知書(兼受領書)	076
	104 調剤券転帰通知書(兼受領書)	077
	105 調剤券連名簿(連名調剤券)	078
	106 調剤券送付書	079
	107 調剤券受領書	080

109_給付要否意見書(所要経費概算見積書)	081
110_治療材料券・治療材料費請求明細書	082
111_治療材料券送付書	083
112_治療材料券受領書	084
113_給付要否意見書(あん摩・マッサージ、はり・きゅう)	085
114_給付要否意見書(柔道整復)	086
115_施術券(あん摩・マッサージ)	087
116_施術券及び施術報酬請求明細書(柔道整復)	089
117_施術券及び施術報酬請求明細書(はり・きゅう)	091
119_入院・主治医訪問調査依頼書	093
122_長期入院患者に係る診療報酬請求書	094
127_医療費通知書	095
128_シネリック通知書	096
129_指定業務通知書	097
130_被保護者異動連絡票(指定居宅介護支援事業者用)	098
131_被保護者情報連絡表(保険者用)	100
132_介護扶助受給者情報連絡表(保険者用)	101
133_被保護者異動連絡票(国保連用)	102
134_被保護者異動訂正連絡票(国保連用)	103
135_適用除外施設入所者情報連絡票	104
136_生活保護法介護券	105
137_介護券連名簿(連名介護券)	106
138_生活保護法介護券送付書	107
139_介護券受領書	108
140_要介護認定調査依頼書	109
141_要介護認定審査・判定依頼書	110
142_介護認定審査会結果回答書	111
143_領収書(福祉用具等)	112
145_生活保護費支給通知書	113
156_63条返還金決定通知書	114
157_77条徴収金決定通知書	115
158_77条の2徴収金決定通知書	116
159_78条徴収金決定通知書	117
165_履行延期申請書	118
166_分割納付誓約書	119
167_保護金品等を徴収金の納入に充てる旨の申出書	120
168_履行延期(分割延納)承認通知書	122
169_分割納付承認通知書	123
171_返還金督促状	124
172_返還金催告書	125
181_27条指導指示書	126
182_生活保護受給証明書	127
183_生活保護受給証明書発行申請書	128
184_介護扶助決定通知書	129
185_生活保護法による医療扶助のはり・きゅうの受療連絡票	130
186_境界層該当証明書(指定難病の患者に係る特定医療費)	131
187_境界層該当証明書(障害者総合支援法施行規則)	132

宛先自治体名称

宛先役職名 宛先氏名 敬称

家賃・間代・地代証明書

借受人	氏名	借受人 氏名		
	住所	借受人 住所		
賃貸借料	家賃	月額		円
	借間代	月額		円
	借地代	月額 年額		円
構造	木造	鉄筋コンクリート造	その他()	
	平屋	()階建	その他()	
床面積				m ²
権利金				円
敷金				円
契約更新料				円
条件				
契約期間		年 月 日	～	年 月 日
備考				

上記のとおり証明します。
年 月 日

住所
氏名

様式番号

文書番号

福祉事務所
受付日

月 日

給 与 証 明 書

宛先自治体名称

宛先役職名 宛先氏名 敬称

年 月 日

住 所
事業所(雇主)
電話番号

次のとおり証明します。

氏 名	氏名		(年齢 歳)	職 務 内 容 名 及 び		
居住地	居住地					
給 与 額	基 本 給	円		控 除 額	所 得 税	円
	日 給 (日 分)				健 康 保 険 料	
	家 族 手 当				厚 生 年 金 保 険 料	
	地 域 手 当				雇 用 保 険 料	
	手 当					
	交 通 費					
	小 計(イ)				小 計(ロ)	
差 引 支 給 額 (イ)-(ロ)				摘 要		
前2月の 手取額	月分					
	月分					
(備考)事実と違ったことを証明した場合には、生活保護法第85条の規定によって処罰されることがありますから御注意下さい。						

期限年月日

QRコード・バーコード

様式番号

文書番号

(表面)
資 産 申 告 書

宛先自治体名称

宛先役職名 宛先氏名 敬称

年 月 日

住所 住所
氏名

現在の私の世帯の資産の保有状況は、下記のとおり相違ありません。

1 不動産

			延面積	所有者氏名	所在地	抵当権
土 地	(1) 宅 地	有・無				有・無
	(2) 田 畑	有・無				有・無
	(3) 山 林 その他	有・無				有・無
建 物	(1)	持 家 借家・借間 〔 いずれかを ○で囲んで 下さい 〕	延面積	所有者氏名	所在地	抵当権
					(家賃 円)	有・無
	(2) その他	有・無				有・無

2 現金・預貯金、有価証券等

現 金	有・無	円			
預 貯 金	有・無	預 金 先	口 座 番 号	口 座 氏 名	預 貯 金 額
有 価 証 券	有・無	種 類	額 面	評 価 概 算 額	

(記入にあたっては裏面の記入上の注意をよくお読み下さい。)

QRコード・バーコード

(裏面)

		契 約 先	契 約 金	保 険 料
生 命 保 険	有 ・ 無			
その他の保険	有 ・ 無			

3 その他の資産

自 動 車 (自動二輪・原動機 付き自転車を含む)	有 ・ 無	使用状況 使 用 未 使用	所有者氏名	車 種	排 気 量	年 式
貴 金 属	有 ・ 無	品 名				
そ の 他 高価なもの	有 ・ 無					

4 負債(借金)

有 ・ 無	金 額	借 入 先

(記入上の注意)

- (1) この申告書は、保護を受けようとする者及び現在受けている者が記入して下さい。
- (2) 資産の種類ごとにその有無について○で囲んで下さい。土地については借地等の場合も記入して下さい。
- (3) 有を○で囲んだ資産については、下記に従って記入して下さい。
 - ① 同じ種類の資産を複数所有している場合は、そのすべてを記入して下さい。
 - ② 有価証券は、例えば「株券、国債」等と記入し、その評価概算額は現在売却した場合のおおよその金額を記入して下さい。
 - ③ 貴金属は例えば「ダイヤの指輪」等と記入して下さい。
- (4) 書ききれない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付して下さい。
- (5) 不実の申告をして不正に保護を受けた場合、生活保護法第85条又は刑法の規定によって処罰されることがあります。
- (6) 資産のうち証明書等の取れるもの(例えば預貯金通帳の写し、保険証書の写し等)は、この申告書に必ず添付して下さい。

様式番号

文書番号

(表面)
収入申告書

宛先自治体名称

宛先役職名 宛先氏名 敬称

年 月 日

住所
氏名

私の世帯の総収入は、下記のとおり相違ありません。

1 働いて得た収入

働いている者の名前	仕事の内容 勤め先(会社名)等	区 分	当月分 (見込額)	前 3 か 月 分		
				()月分	()月分	()月分
		収 入				
		必要経費①				
		就 労 日 数				
		収 入				
		必要経費②				
		就 労 日 数				
		収 入				
		必要経費③				
		就 労 日 数				
必要経費 (前月分) の主な内容	①					
	②					
	③					

2 恩給・年金等による収入(受けているものを○で囲んで下さい。)

	種 別	収入額	
有・無	国民年金、厚生年金、恩給、児童手当、児童扶養手当、特別児童扶養手当、雇用保険、傷病手当金、年金生活者支援給付金、その他()	月額 年額	円 円
有・無	国民年金、厚生年金、恩給、児童手当、児童扶養手当、特別児童扶養手当、雇用保険、傷病手当金、年金生活者支援給付金、その他()	月額 年額	円 円
有・無	国民年金、厚生年金、恩給、児童手当、児童扶養手当、特別児童扶養手当、雇用保険、傷病手当金、年金生活者支援給付金、その他()	月額 年額	円 円

3 仕送りによる収入(前3か月間の合計を記入して下さい。)

	内 容	仕 送 り し た 者 の 氏 名
有 無	仕送りによる収入	円
	現物による収入	米、野菜、魚介、肉、その他 (もらったものを○で囲んで下さい。) Kg

(記入にあたっては裏面の記入上の注意をよくお読み下さい。)

(裏面)

4 その他の収入(前3か月間の合計を記入して下さい。)

有・無	内 容		収 入
	生命保険等の給付金		円
	財産収入 (土地、家屋の賃貸料等)		円
	そ の 他		円

5 その他将来において見込みのある収入(上記1～4に記入したものを除く。)

有・無	内 容	収入見込額
		円

6 働いて得た収入がない者(義務教育終了前の者は記入する必要はありません。)

氏 名	働いて得た収入のない理由

(記入上の注意)

- (1) この申告書は、保護を受けようとする者が記入して下さい。
- (2) 「1 働いて得た収入」は、給与、日雇、内職、農業、事業等による収入の種類ごとに記入して下さい。
- (3) 農業収入については、前1年間の総収入のみを当月分の欄に記入して下さい。
- (4) 必要経費欄には収入を得るために必要な交通費、材料代、仕入代、社会保険料等の経費の総額を記入して下さい。
- (5) 2～5の収入は、その有無について○で囲んで下さい。有を○で囲んだ収入については、その右欄にも記入して下さい。
- (6) 書ききれない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付して下さい。
- (7) 収入のうち証明書等の取れるもの(例えば勤務先の給与証明書等、各種保険支払通知書等)は、この申告書に必ず添付して下さい。
- (8) 不実の申告をして不正に保護を受けた場合、生活保護法第85条又は刑法の規定によって処罰されることがあります。

様式番号

文書番号

福祉事務所
受付日

月 日

宛先自治体名称

宛先役職名 宛先氏名 敬称

年 月 日

住所

氏名

住宅補修計画書

建物の 規模構造						
補修を必要とする状況	1 破損の状況					
	2 修理の規模					
補修のために必要とする費用の内訳	品名	規模	単価×数量=金額			備考
			単価	数量	金額	
見積書	見積年月日	年 月 日				
	住所					
	氏名					

QRコード・バーコード

福祉事務所
受付日

月 日

様式番号

文書番号

宛先自治体名称

宛先役職名 宛先氏名 敬称

年 月 日

住所 住所

氏名

生業計画書

1 生業計画の内容(誰が、いつ、どこで、どんな仕事をするか)

2 生業に必要なものの品と金額

3 生業の見透し

(1) 収入をあげ得る時期

(2) 収入見込額

(3) 収入を上げるために必要な材料代その他の費用

(4) 利益 (2)から(3)を引いた額

QRコード・バーコード

様式番号

文書番号

福祉事務所 受付日	月	日
--------------	---	---

生活保護法による葬祭扶助申請書

下記のとおりであるから生活保護法による葬祭扶助を受けたいので証ひょう書類を添えて申請します。

宛先自治体名称

宛先役職名 宛先氏名 敬称

年 月 日

住所

氏名 申請者住所

死亡者との関係

記

死者	氏名	被保護者氏名		葬祭を行う者との関係	
	死亡年月日	年 月 日	死亡時の住所又は居所		
葬祭予定日			年 月 日		
葬祭費		遺留金額	差引不足額	備考	

QRコード・バーコード

登記事項証明書

請求書

閉鎖謄本・抄本

請求人		自治体名称		福祉事務所名		地区担当員所属課	
種別	市・区・郡・町・村	町・大字	丁目・字	地番	家屋番号又は所有者名	請求通数	
<input type="checkbox"/> 土地 <input type="checkbox"/> 建物							
<input type="checkbox"/> 土地 <input type="checkbox"/> 建物							
<input type="checkbox"/> 土地 <input type="checkbox"/> 建物							
<input type="checkbox"/> 土地 <input type="checkbox"/> 建物							
<input type="checkbox"/> 土地 <input type="checkbox"/> 建物							
<input type="checkbox"/> 土地 <input type="checkbox"/> 建物							
請求事項	<ul style="list-style-type: none"> ・ <input type="checkbox"/>登記事項証明書 <input type="checkbox"/>全部事項 <input type="checkbox"/>区分建物全部事項 <input type="checkbox"/>何区何番事項 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 年 月 日 第 号 <input type="checkbox"/> 甲区 番、乙区 番 <input type="checkbox"/> 共有者 持分について ・ <input type="checkbox"/>閉鎖登記簿謄本・抄本 <input type="checkbox"/>コンピュータ化に伴う閉鎖謄本 <input type="checkbox"/>コンピュータ化に伴う閉鎖抄本 						
<p>証明書</p> <p>上記申請人は <input type="text"/>自治体名称 職員であり、生活保護事務の実施上に必要なため</p> <p><input type="checkbox"/>登記事項証明書の交付</p> <p><input type="checkbox"/>閉鎖登記簿謄本・抄本の交付</p> <p style="text-align: right;">を求めることを証明する。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: center;"><input type="text"/>証明者</p>							
手数料	登記手数料令第18条により免除			交付通数		交付枚数	

様式番号

文書番号

宛先自治体名称

宛先役職名 宛先氏名 敬称

同意書

生活保護法(以下「法」という。)による保護の決定若しくは実施又は法第77条若しくは第78条の規定の施行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。)の以下に掲げる事項につき、貴福祉事務所が官公署、日本年金機構若しくは共済組合等(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、又は銀行、信託会社、私等の雇主、その他の関係人(以下「銀行等」という。)に報告を求めることに同意します。

また、貴福祉事務所の調査又は報告要求に対し、官公署等又は銀行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又は銀行等に伝えて構いません。

調査事項

※保護廃止後は、氏名及び住所又は居所、健康状態並びに他の保護の実施機関における保護の決定及び実施の状況を除き、保護を受けていた期間における事項に限る。

年 月 日

住所

氏名

QRコード・バーコード

様式番号

文書番号

宛先自治体名称

宛先役職名 宛先氏名 敬称

生活保護法による保護申請書

現在住んでいるところ 現在住んでいるところ							現在のところに住み始めた時期 年 月 日				※福祉事務所受付年月日
申請者電話番号											
家族の状況	人員	氏名	個人番号	続柄	性別	年齢	生年月日	学歴	職業	健康状態	
	1			世帯主							
	2										
	3										※町村役場受付年月日
	4										
	5										
	6										
	7										
8											
家族のうち別のところに住んでいる者があるときはその名前と住んでいるところ											
資産の状況(別添1)			収入の状況(別添2)			関係先照会への同意(別添3)					
援助者としての状況	世帯主又は家族との関係	氏名	住所		今まで受けた援助及び将来の見込						
保護を申請する理由(具体的に記入して下さい。)											
上記のとおり相違ないので、生活保護法による保護を申請します。											
年 月 日 住所 住所 氏名 保護を受けようとする者との関係 ()											

(記入上の注意)

- ※印欄には記入しないで下さい。
- 申請者と保護を受けようとする者が異なる場合には、別添の書類は保護を受けようとする者に記入してもらって下さい。
- 不実の申請をして不正に保護を受けた場合、生活保護法第85条又は刑法の規定によって処罰されることがあります。

(注)この申請書は開始、変更いずれの場合にも用いるものとし、変更申請の場合は、変更にかかる事項を記入させ、別添1から3のうち必要なものを添付させること。

文書番号

発行年月日

宛先郵便番号

宛先住所

宛先氏名 敬称

郵便カスタマーバーコード

発行自治体名称

発行役職名

発行者氏名

印

被(要)保護者の検診について(依頼)

下記の被(要)保護者に対して検診願います。

記

1 検診を受ける者

住所

氏名

生年月日

性別

2 検診日時

3 検診目的

4 備考

問い合わせ先

担当員

様式番号

文書番号

宛先自治体名称

宛先役職名 宛先氏名 敬称

検 診 書

検査を受ける者の 検査を受ける者の氏名

居住地及び氏名 検査を受ける者の居住地

年齢 歳 性別

年 月 日

医療機関の所在地及び名称

院 (所) 長

担当医師

上記の者に対する検診結果は下記のとおりであります。

1 傷病名

2 病状

3 診療の要否、診療の方法等に関する意見

※地区担当員 地区担当員名

記事 記事

※福祉事務所 福祉事務所名

嘱託医意見

(注意)

この検診書は、福祉事務所長あて直接送付して下さい。

問い合わせ先

福祉事務所郵便番号

福祉事務所住所

福祉事務所名

所属部 所属課 所属係

担当員 地区担当員名

電話番号

QRコード・バーコード

様式番号

文書番号

発行年月日

交付

検 診 命 令 書

受診者居住地

受診者氏名

受診者生年月日

敬称

ケース番号

世帯員番号

発行自治体名称

発行役職名

発行者氏名

印

下記により検査を受けて下さい。

- | | | |
|----------------|--------|------|
| 1 検診を受ける日時 | 検診年月日 | 検診時刻 |
| 2 検診を受ける場所 | 検診場所 | |
| 3 検診を行う医療機関の名称 | 医療機関名称 | |
| 住所 | 医療機関住所 | |
| 担当医師等氏名 | 担当医師氏名 | |
| 4 検診理由 | 検診理由 | |
| 5 備考 | 備考 | |

(注意)

- 1 検診を受けるときは、この書類を持参して下さい。
- 2 この検診命令は、生活保護法第28条第1項の規定にもとづくものです。
- 3 この検診命令を受けないと、同条第5項の規定により、あなたの保護申請が却下され、またはあなたに対する保護が変更、停止若しくは廃止される場合があります。
- 4 この検診命令について疑問がある場合には、福祉事務所に相談して下さい。

問い合わせ先

福祉事務所郵便番号

福祉事務所住所

福祉事務所名

所属部 所属課 所属係

担当員 地区担当員名

電話番号

様式番号

福祉事務所
受付日

月 日

宛先自治体名称

文書番号

宛先役職名 宛先氏名 敬称

検 診 料 請 求 書

年 月 日

ケース番号

世帯員番号

医療機関の所在地
及び名称
院（所）長氏名

医療機関の名称

医療機関の所在地

取引金融機関 銀行名 銀行・信金 支店名 本支店 当座No. 口座番号
信組・労金 普通No.

金融機関コード

フリガナ
名義人

口座名義フリガナ
口座名義

次のとおり請求します。

受診者	受診者氏名	生年月日	(満年齢歳)(性別)
居住地	居住地		
請求額	診察料	点	(検査名簿) 自立支援医療診断書料 身体障害者手帳診断書料
	検診料	点	自立支援医療更新料 障害年金診断書料
	文書料	円	精神障害者保健福祉手帳診断書料
			その他()
			(診断書等作成日 年 月 日)
	合計	円	

(注意)この請求書により直接福祉事務所あて請求して下さい。

QRコード・バーコード

問い合わせ先

福祉事務所名

福祉事務所郵便番号

福祉事務所住所

所属部 所属課 所属係

担当員 地区担当員名

電話番号

様式番号

宛先郵便番号

文書番号

宛先住所

発行年月日

宛先調査機関名称 敬称

発行自治体名称

発行役職名

郵便カスタマーバーコード

発行者氏名

印

生活保護法第29条の規定に基づく調査について(依頼)

保護の決定若しくは実施又は生活保護法(以下「法」という。)第77条若しくは第78条の規定の施行のために必要がありますので、法第29条の規定に基づき、下記の事項について照会します。

なお、当事務所において、入手した資料については、情報の秘密の保護に万全を期していますので念のため申し添えます。

注意事項

回答期限年月日	回答期限年月日				
調査対象者	調査対象者郵便番号				
住所	調査対象者住所				
旧住所1	調査対象者旧住所1郵便番号				
	調査対象者旧住所1				
旧住所2	調査対象者旧住所2郵便番号				
	調査対象者旧住所2				
旧住所3	調査対象者旧住所3郵便番号				
	調査対象者旧住所3				
旧住所4	調査対象者旧住所4郵便番号				
	調査対象者旧住所4				
旧住所5	調査対象者旧住所5郵便番号				
	調査対象者旧住所5				
氏名	力 ナ 旧 姓 旧姓カナ 性別 生年月日				
調査対象者氏名	調査対象者カナ氏名	調査対象者旧姓	調査対象者旧姓カナ	調査対象者性別	調査対象者生年月日

把握済み口座 座名義人 座科目 座番号

調査事項

調査時点年月日

(参考)生活保護法

第29条 保護の実施機関及び福祉事務所長は、保護の決定若しくは実施又は第77条若しくは第78条の規定の施行のために必要があると認めるときは、次の各号に掲げる者の当該各号に定める事項につき、官公署、日本年金機構若しくは国民年金法(昭和34年法律第141号)第3条第2項に規定する共済組合等(次項において「共済組合等」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、又は銀行、信託会社、次の各号に掲げる者の雇主その他の関係人に、報告を求めることができる。

一 要保護者又は被保護者であつた者 氏名及び住所又は居所、資産及び収入の状況、健康状態、他の保護の実施機関における保護の決定及び実施の状況その他政令で定める事項(被保護者であつた者にあつては、氏名及び住所又は居所、健康状態並びに他の保護の実施機関における保護の決定及び実施の状況を除き、保護を受けていた期間における事項に限る。)

二 前号に掲げる者の扶養義務者 氏名及び住所又は居所、資産及び収入の状況その他政令で定める事項(被保護者であつた者の扶養義務者にあつては、氏名及び住所又は居所を除き、当該被保護者であつた者が保護を受けていた期間における事項に限る。)

2 別表第1の上欄に掲げる官公署の長、日本年金機構又は共済組合等は、それぞれ同表の下欄に掲げる情報につき、保護の実施機関又は福祉事務所長から前項の規定による求めがあつたときには、速やかに、当該情報を記載し、若しくは記録した書類を閲覧させ、又は資料の提供を行うものとする。

第24条 保護の開始を申請する者は、厚生労働省令で定めるところにより、次に掲げる事項を記載した申請書を保護の実施機関に提出しなければならない。ただし、当該申請書を作成することができない特別の事情があるときは、この限りでない。

一～三 (略)

四 要保護者の資産及び収入の状況(生業若しくは就労又は求職活動の状況、扶養義務者の扶養の状況及び他の法律に定める扶助の状況を含む。以下同じ。)

五 (略)

(参考2)生活保護法施行令

第2条の2 法第29条第1項第1号に規定する政令で定める事項は、支出の状況とする。

問い合わせ先

福祉事務所郵便番号 福祉事務所住所

福祉事務所名 所属部 所属課 所属係

担当員 職名 地区担当員名

電話番号

申請番号

ケース番号

様式番号		文書番号	
宛先郵便番号		発行年月日	
宛先住所		発行自治体名称	発行役職名
宛先調査機関名称	敬称		
郵便カスタマーバーコード		発行者氏名	福祉事務所番号
生活保護 本店等一括照会		印	

生活保護法第29条の規定に基づく調査について(依頼)

保護の決定若しくは実施又は生活保護法(以下「法」という。)第77条若しくは第78条の規定の施行のために必要がありますので、法第29条の規定に基づき、別紙の「別紙項番号」記載の調査対象者(計「調査対象者人数」人分)について、貴行本支店における預金口座の有無、及び口座保有されている場合の残高を照会します。

なお、当事務所において、入手した資料については、情報の秘密の保護に万全を期していますので念のため申し添えます。

※ 全国銀行協会取りまとめ「生活保護法第29条に基づく調査における『本店等一括照会』実施要領」(令和元年10月11日付事会第47号)によりご回答ください。

※ 調査対象者である要保護者(被保護者であったもの、扶養義務者を含む)の調査への同意については、書面(同意書)を徴取の上、当福祉事務所において当該書面を保管している旨を申し添えます。また、当該書面の提供依頼があった場合は、その写しを速やかに提供いたします。

(参考)生活保護法
(資料の提供等)

第29条 保護の実施機関及び福祉事務所長は、保護の決定若しくは実施又は第77条若しくは第78条の規定の施行のために必要があると認めるときは、次の各号に掲げる者の当該各号に定める事項につき、官公署、日本年金機構若しくは国民年金法(昭和34年法律第141号)第3条第2項に規定する共済組合等(次項において「共済組合等」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、又は銀行、信託会社、次の各号に掲げる者の雇主その他の関係人に、報告を求めることができる。

- 一 要保護者又は被保護者であつた者 氏名及び住所又は居所、資産及び収入の状況、健康状態、他の保護の実施機関における保護の決定及び実施の状況その他政令で定める事項(被保護者であつた者にあつては、氏名及び住所又は居所、健康状態並びに他の保護の実施機関における保護の決定及び実施の状況を除き、保護を受けていた期間における事項に限る。)
- 二 前号に掲げる者の扶養義務者 氏名及び住所又は居所、資産及び収入の状況その他政令で定める事項(被保護者であつた者の扶養義務者にあつては、氏名及び住所又は居所を除き、当該被保護者であつた者が保護を受けていた期間における事項に限る。)

〔回答先〕

住所 「回答先の郵便番号」 「回答先の住所」

「回答先の名称」

担当部署 「回答先の担当部課名称」

担当員 「担当者1」 「職名1」

連絡先 「回答先の連絡先」

「申請番号1」

「ケース番号1」

(別紙)

項番号

〔調査対象者に関する情報〕

世帯主	1	カ ナ	世帯主力ナ氏名	カ ナ	世帯主旧姓力ナ	性別	性別	
		氏名	世帯主氏名	旧姓	世帯主旧姓	生年月日	生年月日	
		カ ナ(※)						
		現住所	現住所郵便番号 現住所					
世帯員	2	カ ナ	世帯員力ナ氏名	カ ナ	世帯員旧姓力ナ	性別	世帯員性別	
		氏名	世帯員氏名	旧姓	世帯員旧姓	生年月日	世帯員生年月日	
	3	カ ナ		カ ナ		性別		
		氏名		旧姓		生年月日		
	4	カ ナ		カ ナ		性別		
		氏名		旧姓		生年月日		
	5	カ ナ		カ ナ		性別		
		氏名		旧姓		生年月日		

(※)箇所の入力は任意

〔参考情報〕旧住所および調査対象者が保有している貴行預金口座

旧住所	前住所郵便番号		前住所								
名義人名	店番	店名	科目	(科目)	口座番号	口座番号					
名義人名	店番	店名				店	科目	()	口座番号		
名義人名	店番	店名	科目	()	口座番号						
名義人名	店番	店名				店	科目	()	口座番号		
名義人名	店番	店名	科目	()	口座番号						
名義人名	店番	店名				店	科目	()	口座番号		

〔備考〕

備考

以上

様式番号

宛先郵便番号

宛先住所

宛先自治体名称

宛先役職名

宛先氏名

敬称

調査先名称

29条調査回答書(銀行支店・その他金融)

回答 年月日			
調査先 名称	調査先名称	フリガナ	調査対象世帯主カナ氏名
		世帯主氏名	調査対象世帯主氏名
住所	調査先郵便番号	居住地 (現住所)	調査対象世帯現住所
	調査先住所		調査対象世帯電話番号
調査 事項	調査事項		
員 番 号	フリガナ 氏名 続柄 生年月日	預貯金の種類 口座番号 預金残高	備考
	調査対象者カナ氏名 調査対象者氏名 調査対象者続柄 調査対象者生年月日 調査対象者性別		
調査対象世帯番号			
備考			

QRコード・バーコード

ケース番号

地区担当員名

発行年月日

起案年月日

地区

民生委員

様式番号

宛先郵便番号

宛先住所

宛先自治体名称

宛先役職名

宛先氏名

敬称

調査先名称

29条調査回答書(銀行本店一括)

回答 年月日			
調査先 名称	調査先名称		フリガナ 世帯主氏名
			調査対象世帯主力ナ氏名 調査対象世帯主氏名
住 所	調査先郵便番号		居住地 (現住所)
	調査先住所		
員 番 号	フリガナ 氏名 続柄 生年月日 性別	銀 支 預 貯 金 の 種 類 番 号 高	備 考
調査対象世帯員番号	調査対象者力ナ氏名		
	調査対象者氏名		
	調査対象者続柄		
	調査対象者生年月日		
	調査対象者性別		
備考			

QRコード・バーコード

申請番号

ケース番号

交付番号

調査時点年月日

発行年月日

地区

地区担当員名

起案年月日

民生委員

様式番号

文書番号1

発行年月日

宛先郵便番号

宛先住所

宛先調査機関名称 敬称

郵便カスタマーバーコード

発行自治体名称 発行役職名

発行者氏名

印

生活保護法第29条の規定に基づく調査について(依頼)

保護の決定若しくは実施又は生活保護法(以下「法」という。)第77条若しくは第78条の規定の施行のために必要がありますので、法第29条の規定に基づき、別紙に記載の調査対象者の下記事項について照会します。

なお、当事務所において、入手した資料については、情報の秘密の保護に万全を期していますので念のため申し添えます。

※ 調査対象者である要保護者(被保護者であったもの、扶養義務者を含む)の調査への同意については、書面(同意書)を徴取の上、当福祉事務所において当該書面を保管している旨を申し添えます。また、当該書面の提供依頼があった場合は、その写しを速やかに提供いたします。

記

1. 調査対象者 別紙の調査対象者一覧のとおり
2. 調査事項 以下項目を含むよう回答してください。

＜調査事項＞			
<input type="checkbox"/> 保険証券番号	<input type="checkbox"/> 保険の種類	<input type="checkbox"/> 契約年月日	<input type="checkbox"/> 満期年月日
<input type="checkbox"/> 保険契約者名	<input type="checkbox"/> 被保険者名	<input type="checkbox"/> 保険金の受取人	
<input type="checkbox"/> 保険金額(満期・死亡・災害死亡)		<input type="checkbox"/> 保険料	
<input type="checkbox"/> 解約返戻金額	<input type="checkbox"/> 積立配当金額	<input type="checkbox"/> 貸付残高	

【連絡先】 電話番号: 発行主体の電話番号

発行主体の内線番号

【回答送付先】

(住所)			
回答送付先の郵便番号		回答送付先の住所	
回答送付先の名称			
担当課	回答送付先の担当課名称	地区担当員名	職名

申請番号

ケース番号

様式番号

文書番号2

発行年月日

宛先郵便番号

宛先住所

宛先調査機関名称 敬称

郵便カスタマーバーコード

発行自治体名称 発行役職名

発行者氏名

印

生活保護法第29条の規定に基づく調査について(依頼) **【再照会】**

保護の決定若しくは実施又は生活保護法(以下「法」という。)第77条若しくは第78条の規定の施行のために必要がありますので、法第29条の規定に基づき、別紙に記載の調査対象者の下記事項について照会します。

なお、当事務所において、入手した資料については、情報の秘密の保護に万全を期していますので念のため申し添えます。

※ 調査対象者である要保護者(被保護者であったもの、扶養義務者を含む)の調査への同意については、書面(同意書)を徴取の上、当福祉事務所において当該書面を保管している旨を申し添えます。また、当該書面の提供依頼があった場合は、その写しを速やかに提供いたします。

記

1. 調査対象者 別紙の調査対象者一覧のとおり
2. 調査事項 以下項目を含むよう回答してください。

<調査事項> (具体的に記載)

調査事項

【連絡先】 電話番号: 発行主体の電話番号

発行主体の内線番号

【回答送付先】

(住所)

回答送付先の郵便番号 回答送付先の住所

回答送付先の名称

担当課 回答送付先の担当課名称

地区担当員名

職名

申請番号

ケース番号

様式番号

宛先郵便番号

文書番号

宛先住所

発行年月日

宛先調査機関名称 敬称

発行自治体名称

発行役職名

郵便カスタマーバーコード

発行者氏名



生活保護法第29条の規定に基づく調査について(依頼)

保護の決定若しくは実施又は生活保護法(以下「法」という。)第77条若しくは第78条の規定の施行のために必要がありますので、法第29条の規定に基づき、下記の事項について照会します。

なお、当事務所において、入手した資料については、情報の秘密の保護に万全を期していますので念のため申し添えます。

注意事項

記

回答期限年月日

調査対象者

住所

旧住所1

旧住所2

旧住所3

旧住所4

旧住所5

氏名 旧姓 旧姓カナ 性別 生年月日

力ナ

調査事項

(参考)生活保護法

第29条 保護の実施機関及び福祉事務所長は、保護の決定若しくは実施又は第77条若しくは第78条の規定の施行のために必要があると認めるときは、次の各号に掲げる者の当該各号に定める事項につき、官公署、日本年金機構若しくは国民年金法(昭和34年法律第141号)第3条第2項に規定する共済組合等(次項において「共済組合等」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、又は銀行、信託会社、次の各号に掲げる者の雇主その他の関係人に、報告を求めることができる。

一 要保護者又は被保護者であつた者 氏名及び住所又は居所、資産及び収入の状況、健康状態、他の保護の実施機関における保護の決定及び実施の状況その他政令で定める事項(被保護者であつた者にあつては、氏名及び住所又は居所、健康状態並びに他の保護の実施機関における保護の決定及び実施の状況を除き、保護を受けていた期間における事項に限る。)

二 前号に掲げる者の扶養義務者 氏名及び住所又は居所、資産及び収入の状況その他政令で定める事項(被保護者であつた者の扶養義務者にあつては、氏名及び住所又は居所を除き、当該被保護者であつた者が保護を受けていた期間における事項に限る。)

2 別表第1の上欄に掲げる官公署の長、日本年金機構又は共済組合等は、それぞれ同表の下欄に掲げる情報につき、保護の実施機関又は福祉事務所長から前項の規定による求めがあつたときには、速やかに、当該情報を記載し、若しくは記録した書類を閲覧させ、又は資料の提供を行うものとする。

第24条 保護の開始を申請する者は、厚生労働省令で定めるところにより、次に掲げる事項を記載した申請書を保護の実施機関に提出しなければならない。ただし、当該申請書を作成することができない特別の事情があるときは、この限りでない。

一～三 (略)

四 要保護者の資産及び収入の状況(生業若しくは就労又は求職活動の状況、扶養義務者の扶養の状況及び他の法令に定める扶助の状況を含む。以下同じ。)

五 (略)

(参考2)生活保護法施行令

第2条の2 法第29条第1項第1号に規定する政令で定める事項は、支出の状況とする。

問い合わせ先

福祉事務所郵便番号 福祉事務所住所

福祉事務所名 所属部 所属課 所属係

担当員 職名 地区担当員名

電話番号

申請番号

ケース番号 24

様式番号

宛先郵便番号

宛先住所

宛先自治体名称

宛先役職名

宛先氏名

敬称

調査先名称

29条調査回答書(課税)

回答 年月日			
調査先 名称	調査先名称		フリガナ 世帯主氏名
			調査対象世帯主力ナ氏名 調査対象世帯主氏名
住 所	調査先郵便番号		居住地 (現住所)
	調査先住所		
員 番 号	フリガナ 氏名 続柄 生年月日 性別	年 所 長 市 扶 度 得 期 県 養 の 種 類 と 金 額 ・ 短 期 讓 渡 税 の 数	年 收 入 控 除 後 の 額 ・ 生 命 保 険 料 控 除 の 額 ・ 備 考
調査対象世帯員番号	調査対象者力ナ氏名		
	調査対象者氏名		
	調査対象者続柄		
	調査対象者生年月日		
	調査対象者性別		
備考			

QRコード・バーコード

ケース番号

調査時点年月日

地区担当員名

発行年月日

起案年月日

地区

民生委員

様式番号

宛先自治体名称

宛先役職名

宛先氏名

敬称

文書番号

文書番号

照会日

照会日

調査対象者一覧 兼 回答書

No.	氏名	フリガナ	性別	生年月日(和暦)	〒	住所	備考	該当
1	調査対象者氏名	調査対象者カナ氏名	性別	調査対象者生年月日	郵便番号	調査対象者住所	備考	有・無
2								有・無
3								有・無
4								有・無
5								有・無
6								有・無
7								有・無
8								有・無
9								有・無
10								有・無
11								有・無
12								有・無
13								有・無
14								有・無
15								有・無
16								有・無
17								有・無
18								有・無
19								有・無
20								有・無

調査回答日 年 月 日

QRコード・バーコード

〒

(住所)

(回答会社・部署・担当名)

TEL:

地区

地区担当員名

発行年月日

起案年月日

民生委員

様式番号

宛先郵便番号

宛先住所

宛先自治体名称

宛先役職名

宛先氏名

敬称

調査先名称

29条調査回答書(その他)

回答 年月日			
調査先 名称	調査先名称		フリガナ 世帯主氏名
			調査対象世帯主力ナ氏名 調査対象世帯主氏名
住所	調査先郵便番号		居住地 (現住所)
	調査先住所		
員 番号	フリガナ 氏名 続柄 生年月日		調査事項 備考
	調査対象世帯 世帯員番号	調査対象者力ナ氏名	
調査対象者氏名			
調査対象者続柄			
調査対象者生年月日			
調査対象者性別			
備考			

QRコード・バーコード

ケース番号

調査時点年月日

発行年月日

地区

地区担当員名

起案年月日

民生委員

様式番号

宛先郵便番号

宛先住所

宛先自治体名称

宛先役職名

宛先氏名

敬称

調査先名称

29条調査回答書(固定資産)

回答年月日			
調査先名称	フリガナ 世帯主氏名	調査対象世帯主力ナ氏名	調査対象世帯主氏名
住所	調査先郵便番号 調査先住所	居住地 (現住所)	調査対象世帯現住所 調査対象世帯電話番号
員番号	フリガナ 氏名 続柄 性別 生年月日	課税台帳の有無 土地の所在地積 地目 価格 課税標準額 家屋の所在番 家屋番	床面積 価格 事業種目 事業開始年月 事業所等資産の所在
調査対象世帯員番号	調査対象者力ナ氏名 調査対象者氏名 調査対象者続柄 調査対象者生年月日 調査対象者性別		課税標準額(資産の種類ごと) 取得価格(資産の種類ごと) 評価額(資産の種類ごと) 決定価格(資産の種類ごと)
備考			

QRコード・バーコード

ケース番号

調査時点年月日

発行年月日

地区

地区担当員名

起案年月日

民生委員

様式番号

宛先郵便番号

宛先住所

宛先自治体名称

宛先役職名

宛先氏名

敬称

調査先名称

29条調査回答書(自動車)

回答 年月日			
調査先 名称	調査先名称		フリガナ 世帯主氏名
			調査対象世帯主力ナ氏名
住 所	調査先郵便番号		居住地 (現住所)
	調査先住所		
員 番号	フリガナ 氏名 続柄 生年月日 性別	自動車 所有者 氏名 又 氏名 又 氏名	登録年月日 初度登録年月 種別 用途 自家用・事業用の別 備考
			調査対象者カナ氏名
調査対象世帯員番号	調査対象者氏名		
	調査対象者続柄		
	調査対象者生年月日		
	調査対象者性別		
備考			

QRコード・バーコード

ケース番号

調査時点年月日

地区担当員名

発行年月日

起案年月日

地区

民生委員

様式番号
宛先郵便番号
宛先住所
宛先自治体名称 宛先役職名
宛先氏名 敬称

調査先名称

生活保護法第29条の規定に基づく調査について(回答)

依頼書発行年月日 依頼書文書番号 で照会のありました件について、下記の通り回答します。

記

1 照会対象者

カナ カナ氏名
氏名 氏名
生年月日 生年月日

2 回答事項

年金受給の有無 有・無

【年金受給有の場合、以下のアからキに関する事項】

ア 年金の種類 老齢基礎年金・老齢厚生年金・遺族基礎年金・遺族厚生年金・
(一時金を除く) 障害基礎年金・障害厚生年金・その他()

イ 裁定年月日 年 月 日

ウ 受給権発生日 年 月 日

エ 年金額

年金の種類	改定年月	年金支払額	支給停止額
支給停止額がある場合停止事由			

オ 直近の支給状況(口座振込額＝年金額－所得税額－介護保険料額－国保・後期保険料額－住民税額)

支払年月日	()基礎年金	()厚生年金	所得税	介護保険料	国保・後期	住民税

カ 生活保護支給期間中に時効特例給付がある場合、支給年月日及び支給額

支給年月日 年 月 日 支給額 円

遅延特別加算金支給年月日 年 月 日 支給額 円

キ 対象者が死亡している場合、未支給年金受給の有無・支給額・支給年月日・未支給年金受給者・死亡者との続柄

受給の有無 有・無 支給額 円 受給者カナ氏名 続柄

支給年月日 年 月 日

【年金受給無の場合、以下のクからコに関する事項】

ク 基礎年金番号に収録されている国民年金・厚生年金保険被保険者加入記録

ケ 基礎年金番号に収録されている国民年金保険料納付状況(納付対象年月・納付年月日)

コ 一時金等に関する事項

【共通事項】

サ 厚生年金基金加入期間を有する場合当該基金番号

【個別照会事項】

QRコード・バーコード

ケース番号
調査時点年月日 発行年月日 地区
地区担当員名 起案年月日 民生委員

文書番号

発行年月日

宛先郵便番号

宛先住所

宛先氏名 敬称

郵便カスタマーバースコード

発行自治体名称

発行役職名

発行者氏名

印

戸籍謄本等の交付について(戸籍謄本等発行依頼書)

保護の決定又は実施のため(生活保護法第4条第2項及び第19条第1項から第3項)に必要となりますので、生活保護法第29条に基づき、下記の者の戸籍謄本等を交付願います。

記

氏名	氏名		
生年月日	生年月日		
現住所	現住所		
本籍地	本籍地		
筆頭者	筆頭者		
交付書類	戸籍	謄本	通
	原戸籍	謄本	通
	住民票	謄本	通
	戸籍の附票	謄本	通
	除籍	謄本	通
	その他()	謄本	通
備考	備考		

問い合わせ先

福祉事務所名

福祉事務所住所

所属部 所属課 所属係

担当員 職位 地区担当員名

電話番号

様式番号

宛先郵便番号

宛先住所

宛先氏名

敬称

宛名欄備考情報

郵便カスタマーバーコード

発行自治体名称

発行役職名

発行者氏名

文書番号

発行年月日



生活保護法による保護の決定に伴う扶養義務について(照会)

あなたの **続柄** にあたる **要(被)保護者氏名1** さんは生活保護法による保護を申請して(受けて)いますが、生活保護法では民法に定められた扶養義務者による扶養は生活保護に優先して行われるものとされております。

あなたは、民法に定められた扶養義務者か、そうなる可能性が高い方にあたることから、**保護の決定実施上必要**がありますので、あなたからどの程度扶養できるかについて、別紙扶養届出書により **回答期日年月日** までにご回答下さい。

要(被)保護者

要(被)保護者住所

要(被)保護者氏名2

(特記事項)

特記事項

頁

(参考)

生活保護法 第4条

保護は、生活に困窮する者が、その利用し得る資産、能力、その他あらゆるものを、その最低限度の生活の維持のために活用することを要件として行われる。

2

民法(明治29年法律第89号)に定める扶養義務者の扶養及び他の法律に定める扶助は、すべてこの法律による保護に優先して行われるものとする。

民法 第877条

直系血族及び兄弟姉妹は、互いに扶養をする義務がある。

2

家庭裁判所は、特別の事情があるときは、前項に規定する場合のほか、三親等内の家族間においても扶養の義務を負わせることができる。

問い合わせ先

自治体名称

福祉事務所名

所属部 所属課 所属係

担当員 地区担当員名

電話番号

様式番号

文書番号

宛先自治体名称

宛先役職名 宛先氏名 敬称

福祉事務所
受付日

月 日

扶 養 届 書

記入日 年 月 日

住所
氏名

先に照会のあった **照会者氏名1** に対する扶養について、次のとおり回答します。

1 精神的な支援について

※ 精神的な支援・・・対象者に対する定期的な訪問、電話、手紙のやり取り、一時的な子供の預かりなど金銭的な援助以外の対象への関わりをいいます。

精神的な支援の可否	可・不可 理由
支援の開始時期	年 月から(又は既に行っている)
具体的な支援の内容及び頻度	※緊急連絡先(電話番号 - -)

2 金銭的な援助について

金銭的な援助の可否	可・不可 理由
将来的な援助の意思	有・無
援助の開始時期	年 月から(又は既に行っている)
援助の方法・程度	①金銭により毎月(年) 例示金額 円を送付します。 ②物品により毎月(年) を 程度送付します。 ③氏名 を引き取って扶養します。 ④その他

3 私の世帯について

(1) 家族構成・収入等の状況					
氏 名	続柄	生年月日	職 業	勤 務 先	平均月収額
氏名(扶養義務者氏名)	本人				円
上記のうち 照会者氏名2 についての					
①税法上の扶養控除を受けている者の氏名					
②会社等から家族手当を受けている者の氏名及び月額 (円)					
(2) 資産の状況	有・無	①家屋 m ² (坪)		②宅地 m ² (坪)	
		③田畑 m ² (坪)		④山林等 m ² (坪)	
(3) 負債の状況	有・無	負債の内容	返済月(年)額	返済の終了予定	
		住宅ローン	円		
		その他()			
(4) 健康保険等の加入状況	①国民健康保険 ②健康保険 ③共済() ④その他()				
上記で①以外に加入している場合 照会者氏名3 については被扶養者として					
①認定されている ②認定されていない ③認定手続を取るつもり					

ケース番号

世帯員番号

地区担当員名

(記入上の注意)

1 該当するものを○で囲み、必要事項を記入してください

2 平均月収額は総収入から所得税、社会保険料、事業経費等を差し引いた額を記入して下さい。

3 収入、負債の状況については、源泉徴収票、給与明細書、ローン返済予定表の写しなど、その状況が明らかになる書類を添付してください。

文書番号

発行年月日

宛先郵便番号

宛先住所

宛先氏名 敬称

郵便カスタマーバーコード

発行自治体名称

発行役職名

発行者氏名

印

医療機関連絡票

以下の者について、下記のとおり決定しましたのでお知らせします。

記

該当者氏名	カナ氏名 氏名		
生年月日	生年月日	性別	性別
住所	住所		
決定事項	決定事項		
決定年月日	決定年月日 停止期間		
決定の理由	決定の理由		
本人支払額	本人支払額発生月	月分	金額 円
		月分	円
		月分	円
		月分	円
		月分	円
備考	備考		

問い合わせ先

福祉事務所名

所属部 所属課 所属係

担当員 地区担当員名

電話番号

文書番号

発行年月日

宛先郵便番号

宛先住所

宛先氏名 敬称

郵便カスタマーバーコード

発行自治体名称

発行役職名

発行者氏名

印

介護機関連絡票

以下の者について、下記のとおり決定しましたのでお知らせします。

記

該当者氏名	カナ氏名		
	氏名		
生年月日	生年月日	性別	性別
住所	住所		
決定事項	決定事項		
決定年月日	決定年月日		
	停止期間		
決定の理由	決定の理由		
本人支払額	本人支払額発生月	月分	金額 円
		月分	円
		月分	円
		月分	円
		月分	円
備考	備考		

問い合わせ先

福祉事務所名

所属部 所属課 所属係

担当員 地区担当員名

電話番号

境界層該当証明書

宛先郵便番号

住所 宛先住所

氏名 宛先氏名

敬称 (生年月日 生)

上記の者及びその世帯員は、世帯の収入が最低生活費を上回るため、生活保護が決定区分1となりましたが、決定区分2及び保護を要しない理由は、下記のとおりであることを証明します。

記

(1) 決定区分2 申請年月日・廃止年月日

(2) 保護を要しない理由 理由
境界層該当措置による金額円以上の減額を受けることにより、保護を要しないため。

発行年月日

発行自治体名称 発行役職名

発行者氏名

印

(添付書類)

境界層該当措置の内容		減額される自己負担(月額)												
(1)	給付額減額の記載(介護保険法第69条第1項に規定する給付額減額等の記載をいう。)が行われない。													
(2)	<p>特定介護サービス等に係る居住費等の負担限度額又は特定負担限度額について保護を必要としなくなるまで、以下の額が段階的に適用される</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>居室の種類</th> <th>適用された後の額</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ユニット型個室</td> <td>1日につき「1310円」又は「820円」</td> </tr> <tr> <td>ユニット型準個室</td> <td>1日につき「1310円」、「490円」又は「零円」</td> </tr> <tr> <td>従来型個室(特養等)</td> <td>1日につき「820円」、「420円」、「320円」又は「零円」</td> </tr> <tr> <td>従来型個室(老健・療養等)</td> <td>1日につき「1310円」、「490円」</td> </tr> <tr> <td>多床室</td> <td>1日につき「零円」</td> </tr> </tbody> </table>	居室の種類	適用された後の額	ユニット型個室	1日につき「1310円」又は「820円」	ユニット型準個室	1日につき「1310円」、「490円」又は「零円」	従来型個室(特養等)	1日につき「820円」、「420円」、「320円」又は「零円」	従来型個室(老健・療養等)	1日につき「1310円」、「490円」	多床室	1日につき「零円」	
居室の種類	適用された後の額													
ユニット型個室	1日につき「1310円」又は「820円」													
ユニット型準個室	1日につき「1310円」、「490円」又は「零円」													
従来型個室(特養等)	1日につき「820円」、「420円」、「320円」又は「零円」													
従来型個室(老健・療養等)	1日につき「1310円」、「490円」													
多床室	1日につき「零円」													
(3)	特定介護サービス等に係る食費の負担限度額又は特定負担限度額が保護を必要としなくなるまで、1日につき「650円」、「390円」又は「300円(平成17年厚生労働省告示第417号に規定する300円未満の額にあつては、当該額)」が段階的に適用される。													
(4)	利用者負担世帯合算額(介護保険法施行令第22条の2の2第2項に規定する利用者負担世帯合算額をいう。)を「2万4600円」又は「1万5000円」と読み替えて高額介護サービス費をいう。)又は高額介護予防サービス費をいう。)が適用される。													
(5)	保険料額が、保護を必要としなくなるまで、市町村が条例で定めるより低い標準割合を乗じて得た額に減額する。													
減額される自己負担額(月額)の合計額														

注 (2)については、金額の記載の他に、算定に使用した居室の種類及び境界層措置により適用されることとなる居住費等の負担限度額の段階を「減額される自己負担(月額)」欄に記載すること。
(3)については、金額の他に、境界措置により適用されることとなる食費の負担限度額の段階を「減額される自己負担(月額)」欄に記載すること。

様式番号
宛先郵便番号
宛先住所
宛先氏名 敬称
郵便カスタマーバーコード

文書番号
発行年月日

発行自治体名称
発行役職名
発行者氏名

印

決定内容 決定 通知 書 (控)

申請年月日 根拠法令 決定内容 について、次のとおり決定しましたので通知します。

記

1. 保護の決定内容・認定年月日・決定した理由

決定内容	認定年月日	決定した理由
決定内容	認定年月日	決定した理由

2. あなたの最低生活費及び保護の程度(今回決定した額)

種類	生活扶助	住宅扶助	教育扶助	種類1 扶助	種類2 扶助	合計(a)
最低生活費	最低生活費 円	最低生活費 円	最低生活費 円	最低生活費 円	最低生活費 円	最低生活費 円
収入充当額	収入充当額 円	収入充当額 円	収入充当額 円	収入充当額 円	収入充当額 円	収入充当額 円
決定した額	決定した額 円	決定した額 円	決定した額 円	決定した額 円	決定した額 円	決定した額 円
一時扶助(b)						合計
種類	一時扶助の種類	一時扶助の種類	一時扶助の種類	一時扶助の種類	合計	
金額	一時扶助費 円	一時扶助費 円	一時扶助費 円	一時扶助費 円	(c=a+b)	
支給区分	一時扶助の支給区分	一時扶助の支給区分	一時扶助の支給区分	一時扶助の支給区分	合計	
Cの金額のうち別途送金額 (福祉事務所から関係機関へ代理納付した金額、または、法第78条の2に基づく費用徴収額)					費用徴収額	
あなたが支払う金額 ※医療機関へ支払う場合は、10円未満切り捨てとなります					費用徴収額	
本人支払額	本人支払額				円	

3. 支給日、支給方法、実際に支払われる金額及び返還額

支給日	支給方法	実際に支払われる金額	返還額
支給日	支給方法	金額	返還額

4. 備考

備考
備考

(備考)

- この決定に不服があるときは、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、知事に対し審査請求をすることができます(なお、決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、決定があった日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。)
- 上記(1)の審査請求に対する裁決を経た場合に限り、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、市を被告として(訴訟において市を代表する者は市長となります。)この決定の取消しの訴えを提起することができます(なお、裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、裁決があった日の翌日から起算して1年を経過すると決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。)。ただし、次の①から③までのいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないでこの決定の取消しの訴えを提起することができます。①審査請求をした日(行政不服審査法(平成26年法律第68号)第23条の規定により不備を補正すべきことを命じられた場合にあつては、当該不備を補正した日)の翌日から起算して50日(50日以内に行政不服審査法第43条第3項の規定により通知を受けた場合は70日)を経過しても裁決がないとき。②決定、決定の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。③その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。
- 扶助金を受取るときにはこの通知書が必要ですから忘れないように持参して下さい。

問い合わせ先 福祉事務所名 所属部 所属課 所属係

038 担当員 地区担当員名

ケース番号

電話番号 FAX番号

様式番号

文書番号

発行年月日

宛先郵便番号

宛先住所

宛先氏名

敬称

郵便カスタマーバーコード

発行自治体名称

発行役職名

発行者氏名

印

保護申請却下通知書 (控)

申請年月日 根拠法令 保護については、下記の理由で却下します。

なお、この決定に不服があるときは、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、知事に対し審査請求をすることができます(なお、決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、決定があった日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。)

また、この審査請求に対する判決を経た場合に限り、その審査請求に対する判決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、市を被告として(訴訟において市を代表する者は市長となります。)この決定の取消しの訴えを提起することができます(なお、判決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、判決があった日の翌日から起算して1年を経過すると決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。)。ただし、次の①から③までのいずれかに該当するときは、審査請求に対する判決を経ないでこの決定の取消しの訴えを提起することができます。①審査請求をした日(行政不服審査法(平成26年法律第68号)第23条の規定により不備を補正すべきことを命じられた場合にあっては、当該不備を補正した日)の翌日から起算して50日(50日以内に行政不服審査法第43条第3項の規定により通知を受けた場合は70日)を経過しても判決がないとき。②決定、決定の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。③その他判決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

記

1 却下の理由

却下の理由

2 この通知が申請書受理後14日を経過した事由

決定遅延理由

問い合わせ先

福祉事務所名

所属部 所属課 所属係

担当員 地区担当員名

電話番号

FAX番号

文書番号

発行年月日

宛先郵便番号

宛先住所

宛先氏名 敬称

郵便カスタマーバーコード

発行自治体名称

発行役職名

発行者氏名

印

生活保護の開始・廃止等について(民生委員通知書)

貴民生委員の担当地区内において、下記の者は
で通知します。

決定年月日

付けで保護を

決定事項

したの

記

居住地	郵便番号				
	住所				
ケース番号	ケース番号				
No	氏名	続柄	性別	年齢	生年月日
No	カナ氏名 氏名	続柄	性別	年齢	生年月日
備考	備考				

問い合わせ先

福祉事務所名

所属部 所属課 所属係

担当員 地区担当員名

電話番号

文書番号

支給区分 支給区分

作成日 作成年月日 支給日 支給年月日1

支給方法 支給方法 支給窓口 支給窓口

町村名 支給月 生活保護費支給明細書

地区 地区 担当員 福祉事務名 地区担当員名

ケース番号	被保護世帯氏名	生活扶助 円	住宅扶助 円	教育扶助 円	扶助種類1 円	扶助種類2 円	一時扶助				合計 円	別途送金額					費用徴収額 円	実際に支払われる額 円	支給日 支給年月日2	記名欄	摘要
							一時扶助種類1 円	一時扶助種類2 円	一時扶助種類3 円	一時扶助種類4 円		別途送金額種類1 円	別途送金額種類2 円	別途送金額種類3 円	別途送金額種類4 円	別途送金額種類5 円					
ケース番号	被保護者世帯氏名	生活扶助費	住宅扶助費	教育扶助費	扶助種類1金額	扶助種類2金額	一時扶助種類1金額	一時扶助種類2金額	一時扶助種類3金額	一時扶助種類4金額	支給額合計	別途送金額種類1金額	別途送金額種類2金額	別途送金額種類3金額	別途送金額種類4金額	別途送金額種類5金額	費用徴収額	実支払額	支給年月日2		
計	世帯数 世帯数合計	生活扶助費合計	住宅扶助費合計	教育扶助費合計	扶助種類1金額合計	扶助種類2金額合計	一時扶助種類1金額合計	一時扶助種類2金額合計	一時扶助種類3金額合計	一時扶助種類4金額合計	総計金額	別途送金額種類1金額合計	別途送金額種類2金額合計	別途送金額種類3金額合計	別途送金額種類4金額合計	別途送金額種類5金額合計	費用徴収額合計	実支払額合計			

1 学校長渡しの教育費については学校別にこの様式に準じた明細書を作成すること。

文書番号

発行年月日

宛先郵便番号

宛先住所

宛先氏名 敬称

郵便カスタマーバーコード

発行自治体名称

発行役職名

発行者氏名

印

生活保護の申請却下について(民生委員通知書)

貴民生委員の担当地区内において、下記の者からの生活保護申請を 付けで却下したので通知します。

記

居住地	<input type="text" value="郵便番号"/>				
	<input type="text" value="住所"/>				
ケース番号	<input type="text" value="ケース番号"/>				
No	氏名	続柄	性別	年齢	生年月日
<input type="text" value="No"/>	<input type="text" value="カナ氏名"/> <input type="text" value="氏名"/>	<input type="text" value="続柄"/>	<input type="text" value="性別"/>	<input type="text" value="年齢"/>	<input type="text" value="生年月日"/>
備考	<input type="text" value="備考"/>				

問い合わせ先

担当員

文書番号

発行年月日

宛先郵便番号

宛先住所

宛先氏名 敬称

郵便カスタマーバーコード

発行自治体名称 発行役職名

発行者氏名

過払金収入充当通知書

保護変更決定により生じたあなたの過払金を下記のとおり収入充当することになりましたので通知します。

記

収入充当予定月	保護決定額	過払金収入充当額		差引支給額
		今回決定分	前回以前決定分	
収入充当予定月 月分	保護決定額	今回決定分	前回以前決定分	差引支給額
月分				
月分				
月分				
月分				
月分				
合計	保護決定額合計	今回決定分合計	前回以前決定分合計	差引支給額合計

備考

問い合わせ先

福祉事務所名

所属部 所属課 所属係

担当員 地区担当員名

電話番号

FAX番号

様式番号

(表面)
収入申告書

文書番号

宛先自治体名称

宛先役職名 宛先氏名 敬称

年 月 日

住所 申告者住所
氏名

私の世帯の総収入は、下記のとおり相違ありません。

1 働いて得た収入 (申告年月)

働いている者の名前	仕事の内容 勤め先(会社名) 等	区 分	()月分 (見込額)	
			収入	
		収入		
		必要経費①		
		就労日数		
		収入		
		必要経費②		
		就労日数		
		収入		
		必要経費③		
		就労日数		
必要経費 (前月分) の主な内容	①			
	②			
	③			

2 恩給・年金等による収入(受けているものを○で囲んで下さい。)

有 無	国民年金、厚生年金、恩給、児童手当、児童扶養手当、 特別児童扶養手当、雇用保険、傷病手当金、 年金生活者支援給付金、 その他()	収入額	月額 年額	円 円

3 仕送りによる収入(前3か月間の合計を記入して下さい。)

有 無	内 容		仕送りした者の氏名
	仕送りによる収入	円	
	現物による収入	米、野菜、魚介 (もらったものを○で囲んで下さい。)	

(記入にあたっては裏面の記入上の注意をよくお読み下さい。)

期限年月日

QRコード・バーコード

ケース番号

地区担当員名

(裏面)

4 その他の収入(前3か月間の合計を記入して下さい。)

有・無	内 容		収 入
	生命保険等の給付金		円
	財産収入 (土地、家屋の賃貸料等)		円
	そ の 他		円

5 その他将来において見込みのある収入(上記1～4に記入したものを除く。)

有・無	内 容	収入見込額
		円

6 働いて得た収入がない者(義務教育終了前の者は記入する必要はありません。)

氏 名	働いて得た収入のない理由

(記入上の注意)

- (1) この申告書は、保護を受けている者が記入して下さい。
- (2) 「1 働いて得た収入」は、給与、日雇、内職、農業、事業等による収入の種類ごとに記入して下さい。
- (3) 農業収入については、前1年間の総収入のみを当月分の欄に記入して下さい。
- (4) 必要経費欄には収入を得るために必要な交通費、材料代、仕入代、社会保険料等の経費の総額を記入して下さい。
- (5) 2～5の収入は、その有無について○で囲んで下さい。有を○で囲んだ収入については、その右欄にも記入して下さい。
- (6) 書ききれない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付して下さい。
- (7) 収入のうち証明書等の取れるもの(例えば勤務先の給与証明書等、各種保険支払通知書等)は、この申告書に必ず添付して下さい。
- (8) 不実の申告をして不正に保護を受けた場合、生活保護法第85条又は刑法の規定によって処罰されることがあります。

福祉事務所 受付日	月 日
--------------	-----

様式番号

(表面)

文書番号

宛先自治体名称

収入申告書

宛先役職名 宛先氏名 敬称

年 月 日

住所 申告者住所
氏名
電話番号

私の収入を次のとおり申告します。

(申告年月)

1. 働いて得た収入

日	働いた日に○印	勤務先(会社名)	収入額(日当等)	交通費(経費等)	日	働いた日に○印	勤務先(会社名)	収入額(日当等)	交通費(経費等)
1					17				
2					18				
3					19				
4					20				
5					21				
6					22				
7					23				
8					24				
9					25				
10					26				
11					27				
12					28				
13					29				
14					30				
15					31				
16									
					合計	就労日数	日		
						収入額	円		
						必要経費額	円		

(注) 1.記入に当たっては裏面の記入上の注意をよくお読み下さい。

期限年月日

QRコード・バーコード

地区担当員名

(裏面)

2. 恩給・年金等による収入(受けているものを○で囲んで下さい。)

有・無	国民年金、厚生年金、恩給、児童手当、児童扶養手当、雇用保険、傷病手当金、その他()	収入額	月額	円
			年額	円

3. 仕送りによる収入

		内 容	仕送りした者の氏名
有・無	仕送りによる収入	円	
	現物による収入	米、野菜、魚介 (もらったものを○で囲んで下さい。) Kg	

4. その他の収入

		内 容	収入
有・無	生命保険等の給付金		円
	財産収入 (土地、家屋の賃貸料等)		円
	その他		円

(記入上の注意)

- 「1 働いて得た収入」のうち、
 - 働いた日に○印を付け、その右欄に勤務先及びその日の収入を記載して下さい。
また、1箇月の合計を合計欄に記入して下さい。(ただし、給料が月給の場合、収入額は合計欄のみ記入して下さい。)
 - 合計欄の必要経費欄には収入を得るために必要な交通費、材料費、仕入代、社会保険料等の経費の総額を記入して下さい。
- 2～4の収入は、その有無について○で囲んで下さい。有を○で囲んだ収入については、その右欄にも記入して下さい。
- 書ききれない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付して下さい。
- 収入のうち証明書等の取れるもの(例えば勤務先の給与証明書等、各種保険支払通知書等)は、この申告書に必ず添付して下さい。
- 不実の申告をして不正に保護を受けた場合、生活保護法第85条又は刑法の規定によって処罰されることがあります。

様式番号

文書番号

発行年月日

宛先郵便番号

宛先住所

宛先氏名

敬称

郵便カスタマーバーコード

発行自治体名称

発行役職名

発行者氏名

印

進学準備給付金 決定内容 決定通知書 (控)

申請年月日 根拠法令 進学準備給付金について、次のとおり決定しましたので通知します。

記

1 支給の可否

支給可否

2 進学準備給付金を支給する場合、支給額、支給日、支給方法

支給額

支給額

支給日

支給日

支給方法

支給方法

通学区分

3 不支給の場合、その理由

不支給の理由

4 この通知が申請書受理後14日を経過した事由

決定遅延理由

(備考)

- (1) この決定に不服があるときは、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、知事に対し審査請求をすることができます(なお、決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、決定があった日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。)
- (2) 上記(1)の審査請求に対する裁決を経た場合に限り、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、市を被告として(訴訟において市を代表する者は市長となります。)この決定の取消しの訴えを提起することができます(なお、裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、裁決があった日の翌日から起算して1年を経過すると決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。)。ただし、次の①から③までのいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないでこの決定の取消しの訴えを提起することができます。①審査請求をした日(行政不服審査法(平成26年法律第68号)第23条の規定により不備を補正すべきことを命じられた場合にあつては、当該不備を補正した日)の翌日から起算して50日(50日以内に行政不服審査法第43条第3項の規定により通知を受けた場合は70日)を経過しても裁決がないとき。②決定、決定の執行又は手続きの続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。③その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。
- (3) 進学準備給付金は、所得税や個人住民税は課されず、国税や地方税の滞納処分による差押えは禁止されています。

問い合わせ先

福祉事務所名

所属部

所属課

所属係

担当員

地区担当員名

電話番号

FAX番号

様式番号

文書番号

進学準備給付金申請書

宛先自治体名称

宛先役職名 宛先氏名 敬称

年 月 日

申請者
(大学に進学する者)

住所又は居所 申請者住所

氏名

進学準備給付金の支給について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

記

- 1 世帯主の氏名 世帯主氏名
- 2 大学等に進学する者の生年月日 進学者生年月日
- 3 進学先
学校名 _____
- 4 進学後の居住先(該当する□にチェックを入れてください。)
 大学等進学前の住宅と同じ
 転居により大学進学前の家族と別に居住(居住(予定)地をご記載ください。)
 居住(予定)地 _____
- 5 関係書類
 (1)入学手続に着手していることが確認できる書類として、以下のいずれか
 ・ 入学金を納付したことを証明する書類の写し
 ・ 入学金延納(進学後に納付すること)を申請した書類の写し
 ・ 入学金等の納付が不要な場合、進学先に提出する誓約書や進学先が発行する入学手続が完了したことを証明する書類等の写し
 (2)進学に伴い転居する場合は、新たに居住する住居の賃貸借契約書等の写し
 (3)その他支給決定にあたり必要な書類
 ※ 上記の書類を申請時に準備できない場合については、進学する学校の合格通知書や賃貸借契約時の見積書の写し等を添付した上で、後日、大学等に入学するまでにこれらの書類を提出してください。
- 6 進学準備給付金振込先(大学等に進学する者の口座に限ります。)

金融機関名 _____ 銀行・信用金庫・信用組合
(該当する金融機関の種類に○をしてください。)

支店名 _____ 支店(ゆうちょ銀行除く)

記号 支店(ゆうちょ銀行のみ記載)預金種類 普通預金 当座預金
(該当する□にチェックを入れてください。)口座番号 (右につめてご記載ください。)

(カナ)

口座名義人 _____

- ※ 上記の支店名・口座番号・口座名義人が確認できる通帳の写しなどの種類を添付してください。
 ※ この給付金においては公金受取口座登録制度の適用がありませんので、公金受取口座の登録をしている場合も上記に記載をお願いいたします。

QRコード・バーコード

文書番号

発行年月日

宛先郵便番号

宛先住所

宛先氏名

敬称

郵便カスタマーバーコード

発行自治体名称

発行役職名

発行者氏名

印

生活保護法第62条による弁明の聴取について(弁明通知書)

あなた又はあなたの世帯に対して 付け により生活保護法第27条第1項の規定による指導・指示を行いました、

この指示に従わない場合は同法第62条第3項の規定により保護の変更、停止又は廃止の処分をすることがあります。

つきましては、あなた又はあなたの世帯が指示に従わないことについて、同法第62条第4項の規定により弁明を聴取する機会を設けますので、必ず出席されるよう通知します。

なお、正当な理由がなく欠席したときは、弁明の機会を放棄したとみなします。

当日やむを得ず出席できない理由があるときは、当福祉事務所へ事前に連絡の上、指示を受けてください。

記

1 日時

2 場所

(参考)

法第27条

- 1 保護の実施機関は、被保護者に対して、生活の維持、向上その他保護の目的達成に必要な指導又は指示をすることができる。
- 2 前項の指導又は指示は、被保護者の自由を尊重し、必要の最少限度に止めなければならない。
- 3 第1項の規定は、被保護者の意に反して、指導又は指示を強制し得るものと解釈してはならない。

法第62条

- 1 被保護者は、保護の実施機関が、第30条第1項ただし書の規定により、被保護者を救護施設、更生施設若しくはその他の適当な施設に入所させ、若しくはこれらの施設に入所を委託し、若しくは私人の家庭に養護を委託して保護を行うことを決定したとき、又は第27条の規定により、被保護者に対し、必要な指導又は指示をしたときは、これに従わなければならない。
- 2 保護施設を利用する被保護者は、第46条の規定により定められたその保護施設の管理規程に従わなければならない。
- 3 保護の実施機関は、被保護者が前2項の規定による義務に違反したときは、保護の変更、停止又は廃止をすることができる。
- 4 保護の実施機関は、前項の規定により保護の変更、停止又は廃止の処分をする場合には、当該被保護者に対して弁明の機会を与えなければならない。この場合においては、あらかじめ、当該処分をしようとする理由、弁明すべき日時及び場所を通知しなければならない。
- 5 第3項の規定による処分については、行政手続法第3章（第12条及び第14条を除く。）の規定は、適用しない。

問い合わせ先

担当員

様式番号

文書番号

年 月 日

就労自立給付金申請書

宛先自治体名称

宛先役職名 宛先氏名 敬称

申請者 住所又は居所 申請者住所

氏名

下記のとおり、相違ありませんので、就労自立給付金の支給について必要書類を添えて申請します。

記

1. 保護を必要としなくなった事由
2. 添付書類
3. 世帯構成員

氏名	性別	生年月日
世帯員氏名	世帯員性別	生年月日 (年齢 歳)
	男 ・ 女	年 月 日 (歳)
	男 ・ 女	年 月 日 (歳)
	男 ・ 女	年 月 日 (歳)
	男 ・ 女	年 月 日 (歳)
	男 ・ 女	年 月 日 (歳)

4 就労自立給付金振込先

※ この給付金においては公金受取口座登録制度の適用がありませんので、公金受取口座を保護費の受取に利用している場合のみ、下記に記載をお願いいたします。

金融機関名 _____ 銀行・信用金庫・信用組合
(該当する金融機関の種類に○をしてください。)

支店名 _____ 支店 (ゆうちょ銀行除く)

記号

--	--	--	--	--

 支店 (ゆうちょ銀行のみ記載)

預金種類 普通預金 当座預金
(該当する口にチェックを入れてください)

口座番号

--	--	--	--	--	--	--

 (右につめてご記載ください。)

(カ ナ)
口座名義人 _____

※ 上記の支店名・口座番号・口座名義人が確認できる通帳の写しなどの書類を添付してください。

様式番号

文書番号

発行年月日

宛先郵便番号

発行自治体名称

発行役職名

宛先住所

発行者氏名

宛先氏名

敬称

印

郵便カスタマーバーコード

保護 決定通知書

生活保護の について、次のとおり決定しましたので通知します。

記

- 1 停止する期間
- 2 廃止する時期
- 3 理由

(備考)この決定に不服があるときは、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、知事に対し審査請求をすることができます(なお、決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、決定があった日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。)

また、この審査請求に対する裁決を経た場合に限り、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、市を被告として(訴訟において市を代表する者は市長となります。)この決定の取り消しの訴えを提起することができます(なお、裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、裁決があった日の翌日から起算して1年を経過すると決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。)。ただし、次の①から③までのいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないでこの決定の取り消しの訴えを提起することができます。①審査請求をした日(行政不服審査法(平成26年法律第68号)第23条の規定により不備を補正すべきことを命じられた場合にあつては、該当不備を補正した日)の翌日から起算して50日(50日以内に行政不服審査法第43条第3項の規定により通知を受けた場合は70日)を経過しても裁決がないとき。②決定、決定の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。③その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

問い合わせ先

担当員

様式番号

文書番号

ケース番号

就労自立番号

発行年月日

宛先郵便番号

発行自治体名称

発行役職名

宛先住所

発行者氏名

印

宛先氏名

敬称

郵便カスタマーバーコード

就 労 自 立 給 付 金 決 定 通 知 書 (控)

申請年月日 根拠法令 就労自立給付金を、次のとおり決定したので通知します。

記

- 1 支給額 支給額 円
- 2 保護の廃止時期 保護廃止年月日
- 3 支給を決定した理由 支給理由
- 4 就労自立給付金の支給日及び支給方法

支給年月日	支給方法
支給年月日	支給方法
- 5 この決定通知が申請書受理後14日を経過した理由

決定遅延理由

(備考)

- (1) この決定に不服があるときは、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、知事に対し審査請求をすることができます(なお、決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、決定があった日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。)
- (2) 上記(1)の審査請求に対する裁決を経た場合に限り、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、市を被告として(訴訟において市を代表する者は市長となります。)この決定の取消しの訴えを提起することができます(なお、裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、裁決があった日の翌日から起算して1年を経過すると決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。)。ただし、次の①から③までのいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないでこの決定の取消しの訴えを提起することができます。①審査請求をした日(行政不服審査法(平成26年法律第68号)第23条の規定により不備を補正すべきことを命じられた場合にあっては、当該不備を補正した日)の翌日から起算して50日(50日以内に行政不服審査法第43条第3項の規定により通知を受けた場合は70日)を経過しても裁決がないとき。②決定、決定の執行又は手続きの続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。③その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。
- (3) 就労自立給付金は、この通知を受けた日の属する年分の一時所得となりますが、一時所得には50万円の特別控除がありますので、他に生命保険の一時金など一時所得に該当する所得があり、50万円の特別控除をしてもなお残額がある場合に限り一時所得の金額が生じ、所得税及び個人住民税が課税されることとなります。

問い合わせ先

福祉事務所名

所属部 所属課 所属係

担当員 地区担当員名

電話番号

FAX番号

様式番号

文書番号

福祉事務所
受付日

月

日

求職活動状況・収入申告書

宛先自治体名称

年 月 日

宛先役職名 宛先氏名 敬称

住所 申告者住所

氏名

私の求職活動状況及び収入を次のとおり申告します。

1. 求職活動状況

(申告年月 月分)

日	仕事を探した ところ・方法	紹介又は連絡 をした会社名	仕事の内容	会社と 接触の方法	結果
記入例	職安	〇〇警備会社	ガードマン	面接	断られた
記入例	知人	△△清掃	清掃	面接	返事待ち
記入例	シルバー人材センター				該当なし
記入例	求職情報誌	××建設	土木	電話で問い合わせ	断られた
記入例		□□商店	営業	面接	返事待ち
仕事を探した日数					日

2. 収入の状況

収入の種類・内容	収入額
(記載例) 児童扶養手当	〇〇円

※ 備考

期限年月日

QRコード・バーコード

様式番号

文書番号

個人票A

(表面)

福祉部門(福祉事務所等)の名称	所在地
福祉事務所名称	所在地
福祉部門担当コーディネーター名	電話番号
福祉部門担当コーディネーター名	福祉事務所電話番号

フリガナ 氏名	カナ氏名 氏名	生年月日 生年月日	受給者番号	受給者番号
現住所	現住所		電話番号	電話番号

就労経験	就労経験 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	就労時期	就労時期
		仕事の内容	仕事の内容
		仕事を辞めた理由	<input type="checkbox"/> 解雇等 <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> 結婚・育児 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> その他() 仕事を辞めた理由

就労意欲	就労意欲 <input type="checkbox"/> すぐに就職(転職)したい <input type="checkbox"/> 良い条件のものがあれば就職(転職)したい <input type="checkbox"/> 就職(転職)について考えてみたい <input type="checkbox"/> 今は就職(転職)する気がないが、いずれ考えたい <input type="checkbox"/> その他()
------	--

希望する仕事の内容 (職種・労働条件など)	希望する仕事の内容
--------------------------	-----------

配慮すべき事項	配慮すべき事項 <input type="checkbox"/> 育児 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 自立意欲 <input type="checkbox"/> 労働能力() <input type="checkbox"/> その他()
---------	--

就労支援にあたっての留意事項

留意事項

福祉部門における就労意欲喚起などの支援・取り組みの内容、コメント

- ・福祉部門の支援事業(生活保護受給者・生活困窮者については、必ず記載のこと)
- ・支援期間及び支援予定期間(生活保護受給者・生活困窮者については、必ず記載のこと)

支援・取り組みの内容、コメント

※裏面は事業参加申込書

(裏面)

事業参加申込書

宛先機関名称	宛先役職名1
宛先氏名1	敬称1
宛先自治体名称	宛先役職名2
宛先氏名2	敬称2

私は、以下の点について同意の上、生活保護受給者等就労自立促進事業に参加します。

- 1 表面個人票Aの各項目に係る私の個人情報を地方公共団体(福祉事務所名称1 / 自治体名1 市(区)自立相談支援機構)から公共職業安定所名称1 へ提供すること。
- 2 支援対象とされた後の求職活動状況など就労・自立支援の実施に必要な範囲内で私の個人情報を地方公共団体(福祉事務所名称2 / 自治体名2 市(区)自立相談支援機構)と公共職業安定所名称2 の間で相互に提供すること。

年 月 日
(自署)
氏名

様式番号

文書番号

被保護者就労準備支援シート【計画書】

作成日	作成日
事務所	事務所
担当員	地区担当員

氏名(ふりがな)	氏名	ふりがな氏名
性別	性別	
生年月日	生年月日	(年齢 歳)
職歴	職歴	
就労に対する本人の意向	就労に対する本人の意向	

本人が希望する就労内容 ※本人記載欄

最終的な目標設定及び支援方針 ※本人と担当員で調整の上

最終的な目標設定及び支援方針

支援開始時の本人の状況と課題	
①日常生活自立:	支援開始時の本人の状況と課題 ①日常生活自立
②社会生活自立:	支援開始時の本人の状況と課題 ②社会生活自立
③就労自立:	支援開始時の本人の状況と課題 ③就労自立

	長期目標	短期目標	期間	支援内容	備考
①日常生活自立	①日常生活自立 長期目標	①日常生活自立 短期目標	①日常生活自立 期間	①日常生活自立 支援内容	①日常生活自立 備考
②社会生活自立	②社会生活自立 長期目標	②社会生活自立 短期目標	②社会生活自立 期間	②社会生活自立 支援内容	②社会生活自立 備考
③就労自立	③就労自立 長期目標	③就労自立 短期目標	③就労自立 期間	③就労自立 支援内容	③就労自立 備考

本人同意欄

※計画内容については、月次の評価により、適宜見直しを行う。

【留意事項】

- ① 所定の作業日、作業時間に、作業に従事するか否かは、対象者の自由であること。また、所定の作業量について、所定の量を行うか否かについても、対象者の自由であること。
- ② 作業時間の延長や、作業日以外の日における作業指示は行われないこと。
- ③ 所定の作業時間内における受注量増加等に応じた、能率を上げるための作業の強制が行われないこと。
- ④ 欠席・遅延・早退に対する手当の減額制裁がないこと。(実作業時間に応じた手当を支給する場合においては、作業しなかった時間分以上の減額をすることがないこと)。
- ⑤ 作業量の割当、作業時間の指定、作業の遂行に関する指揮命令違反に対する手当等の減額等の制裁がないこと。

様式番号

文書番号

被保護者就労準備支援シート【評価書】

作成日	作成日
事務所	事務所
担当員	地区担当員

氏名(ふりがな)	氏名	ふりがな氏名
性別	性別	
生年月日	生年月日	(年齢 歳)

被保護者就労準備支援プラン

支援実施期間・支援の内容(当初の目安) ※計画書に沿って事前に記載	自己評価 (本人記載)	評価 (本人と担当で調整の上)
(支援開始月日 ~ 支援終了月日)(以下、1か月ごとに記載) ○支援内容 開始時間 終了時間 社会参加活動の内容 就労体験の内容 就労に付随する講習等の内容		
(~)(以下、1か月ごとに記載) ○支援内容		
(~)(以下、1か月ごとに記載) ○支援内容		
(~)(以下、1か月ごとに記載) ○支援内容		
(~)(以下、1か月ごとに記載) ○支援内容		
(~)(以下、1か月ごとに記載) ○支援内容		

様式番号

文書番号

保護変更申請書(傷病届)

1医療 2治療材料 3施術(柔道整復・あん摩・マッサージ・はり・きゆう)
4移送

		※受理年月日		年 月 日	
カナ	カナ氏名		居住地	居住地	
患者氏名	患者氏名	性別			
		(生年月日 生まれ) (年齢 歳)			
世帯主氏名	世帯主氏名		現在受けている 扶 助	扶助名	
病 状 及 び 理 由					
備考	希望する指定医療機関名称 希望する指定医療機関住所 希望する指定医療機関電話番号				
上記のとおり生活保護法による保護の変更を申請します。					
宛先自治体名称		宛先役職名			
		宛先氏名		敬称	
				保護変更申請日 年 月 日	
				認定(診療予定)日 年 月 日	
		住 所		住所	
		氏 名			
		患者との関係			

ケース番号

世帯員番号

発行年月日

発行年月日

発行番号

QRコード・バーコード

様式番号

文書番号

保護変更申請書(傷病届)

訪問看護・訪問リハビリテーション事業者

※指定医療機関名	指定医療機関名 医療機関コード	※発行年月日	発行年月日
※医療機関所在地	医療機関所在地	※受理年月日	
利用者カナ氏名 利用者氏名	利用者カナ氏名 利用者氏名	居住地	居住地
世帯主氏名	世帯主氏名	現在受けている扶助	扶助名
病状及び理由			
上記のとおり生活保護法による保護の変更を申請します。 年 月 日			
宛先自治体名称	宛先役職名	宛先氏名	敬称
		申請者	住所 氏名 利用者との関係

訪問看護要否意見書 (新規・継続)

ケース番号

世帯員番号

医療の開始年月日

※利用者氏名	利用者氏名	※生年月日	生年月日
主たる病名		訪問看護開始年月日	年 月 日
病状・治療状態 (改善の見込み等)			
訪問看護見込期間	か月 日	訪問看護見込回数 (1週あたり)	1 1回 2 2回 3 3回 4 4回以上 5 その他 (週当たり 回)
実施が適切と思われる 訪問看護事業者	所在地 名称		
上記のとおり訪問看護を(1 要する 2 要しない)と認めます。 宛先自治体名称 宛先役職名 宛先氏名 敬称 年 月 日			
指定医療機関の所在地及び名称		医療機関所在地2	指定医療機関名2
指定医療機関の長又は開設者氏名		院長氏名	
※福祉事務所 嘱託医意見	1 訪問看護の要否(ア 要する イ 要しない) 2 訪問看護見込期間(か月) 3 訪問看護見込回数(1週当たり 回(週当たり 回)) 4 参考意見		
			年 月 日 嘱託医 印

(注意) 1 ※印の欄は福祉事務所で記入します。

地区担当員名

要否意見書発行番号

QRコード・バーコード

様式番号

文書番号 入院・外来 医療要否意見書

地区名称 ケース番号 世帯員番号

※ 診療種別 ※ 新規・継続 (単給・併給) ※受理年月日 年 月 日

(住所) 住所
(カナ) カナ氏名
(医療の開始年月日 以降の)(氏名) 氏名 (生年月日 生まれ)(年齢 歳)に係る

医療の要否について意見を求めます。

発行年月日 印

医療機関名称 院(所)長殿 自治体名称 役職名
医療機関コード 氏名

傷病名又は部位	(1)	初診年 月日	(1)	年 月 日	〔 転 帰 〕 〔 継 続 の 〕 とき記入	年 月 日
	(2)		(2)	" " "		
	(3)		(3)	" " "		

主要症状及び今後の診療見込

(今後の診療見込に関連する臨床諸検査結果等を記入してください。)

治療見込期間	入院外		か月 日間	概算医療費	(1)今回診療日 以降1ヶ月間	(2)第2か月目以降 6か月まで	福祉事務所への連絡事項
	入院	期間	か月 日間		円	円	
		(予定) 年月日	年 月 日		(入院料 円)	(入院料 円)	

上記のとおり(1 入院外 2 入院)医療を(1 要する 2 要しない)と認めます。

宛先自治体名称1 宛先役職名1 年 月 日
宛先氏名1 敬称1
指定医療機関の所在地及び名称 医療機関所在地 名称
院(所) 長 院長氏名
担当医師(診療科名)

※ 嘱託医の意見

1.承認 2.不承認 3.本庁協議
期間(月) 1 2 3 4 5 6
(詳細意見)

※発行年月日 年 月 日 診察料・検査料請求書

※受理年月日 年 月 日

宛先自治体名称2 宛先役職名2 年 月 日
宛先氏名2 敬称2
指定医療機関の所在地及び名称 医療機関所在地 名称
指定医療機関の長又は開設者氏名 院長氏名

下記のとおり請求します。

この券による 診察年月日 年 月 日 ※受診者氏名 氏名 (年齢 歳)

請求額	診察料	初・再点	(検査名)
	"	"	"
	"	"	"
合計	点 円	※社保等負担額	円 差引計 円

※担当員 地区担当員名 062 要否意見書発行番号

QRコード・バーコード

※発行取扱者 発行取扱者

(注意)

1. この意見書を提示した患者で(1新規)のものは新規に生活保護法による保護を申請している世帯の者ですから診察料等を患者から徴収して下さい。
(2継続)のものは生活保護法による保護を受けている世帯の者ですから診察料等を患者から徴収しないで下さい。
なお、患者に後日医療券が交付された場合には、その医療券に基づき支払基金等あて請求して下さい。
また、この場合、診察料等の徴収額が、その医療券に記載されている「本人支払額」欄の金額を超過している場合には、その超過額を患者に返して下さい。
2. 「主要症状及び今後の診療見込」欄において臨床諸検査等の記入を福祉事務所からお願いしたときは、直近の臨床諸検査結果等を記入して下さい。
3. 患者が診察(初診、再診、往診)又は検査だけを受けた場合には医療券が交付されませんので、この請求書によって直接福祉事務所に請求して下さい。ただし、新規申請の場合は保護の決定を受けたものに限ります。

(記入要領)

1. この意見書は、生活保護法による医療扶助を受けようとするとき又は現に受けている医療扶助の停、廃止を行う場合に必要となる大切な資料でありますので、できるだけ詳しく、かつ、正確に記入して下さい。ただし、精神病の傷病による入院医療については別に定める様式により記入していただくことになっております。
2. 診断が確定せず、傷病名に疑義がある場合には「傷病名又は部位」欄には〇〇の疑いと記入して下さい。
3. 「初診年月日」欄には、費用負担関係の如何にかかわらず、その傷病についての初診年月日を記入して下さい。
4. 「概算医療費」欄の「(1)今回診療日以降1か月間」にはこの意見書による診療日以降1ヶ月間に要する医療費概算額を、「(2)第2か月日以降6か月目まで」には、1か月を超えて診療を必要とするものについて、第2か月日以降6か月目までに要する医療費概算額を記入し、()内に入院料を再掲して下さい。
なお、2継続で併 の場合は記入する必要はありません。
5. この意見書を提出した患者が急性期医療の定額払い方式の対象患者(以下「対象患者」という。)となる場合は、次のように記入して下さい。
 - (1)「医療要否意見書」の次に「(医科入院定額支払用)」と記入して下さい。
 - (2)既に対象患者として入院している患者から、この意見書が提出された場合、「診療見込期間」欄の「入院期間」には総入院期間を記入し、その下に「残り期間 か月 日間」と記入して下さい。
 - (3)「概算医療費」欄の「(1)今回診療日以降1か月間」には入院時請求額を、「(2)第2か月日以降6か月目まで」には概算医療費の総額を記入して下さい。
6. 記載における留意点は以下のとおりです。

【①傷病名又は部位】

診療が必要となる傷病名、部位を記載してください。診断が確定されていない場合は所謂疑い病名でも可とします。傷病名については、細かい関連する病名は不要であり、代表的な病名を記載代表的な病名が複数ある場合については、複数を記載してください。

【②初診年月日】

令和2年4月発行分の医療要否意見書より、原則として記載不要とします。福祉事務所から特段の求めがあった場合に限って記載してください。

【③転帰】

継続の場合であって、今後医療の必要性がなくなる場合に記載してください。

【④主要症状及び今後の診療見込】

今後の診療見込に関連する臨床諸検査結果等を記入してください。必要に応じて検査結果等を添付することも可とします。また、今後の診療見込について記入してください。

【⑤治療見込期間】

今後、医療が必要な期間の見込みについて、1か月未満の場合は日数を、1か月以上の場合は繰り上げた月数を記載してください。

【⑥概算医療費】

令和2年4月発行分の医療要否意見書より、原則として記載不要とします。福祉事務所から特段の求めがあった場合に限って記載してください。

【⑦福祉事務所への連絡事項】

特に、福祉事務所へ連絡する必要がある場合に記載してください。

【⑧日付】

医療の要否を判断した日を記載してください。

要否意見書発行番号

ケース番号

世帯員番号

※ 新規入院・継続入院 ※受理年月日 年 月 日

地区 単給・併給 生年月日

※居住地: 居住地

※ (フリガナ) 患者氏名カナ

※ (医療の開始年月日以降の) (患者氏名) 患者氏名 (性別) (満年齢) 歳

に係る医療の要否について意見を求めます。 発行年月日

医療機関コード

医療機関名

敬称1

自治体名称

役職名

氏名

印

※ ※ 患者の職業 ※※発病年月日 年 月 日

現在の入院形態 当院入院年月日 (入院形態) 年 月 日

病名 1 主たる精神障害 2 従たる精神障害 3 身体合併症

※※ 生活歴及び現病歴 精神科又は神経科受診歴等を含め記載すること。 (陳述者氏名 続柄)

初回入院期間 年月日 ~ 年月日 前回入院期間 年月日 ~ 年月日

初回から前回までの入院回数 計 回

過去6か月間の病状又は状態像の変化の概要 I 悪化傾向 II 動揺傾向 III 不変 IV 改善傾向 特記事項

過去6か月間の外泊の実績 I 1回 II 2回 III 3回以上 IV なし

現在の外出許可の状況 I 外出禁止 II 院内外出許可(1単独 2他の患者同伴 3看護者、家族等同伴) III 院外外出許可(1単独 2他の患者同伴 3看護者、家族等同伴)

現在の病状又は状態像 I 抑うつ状態 1抑うつ気分 2内的不穏 3焦燥・激越 4精神運動制止 5罪責感 6自殺念慮 7睡眠障害 8食欲障害又は体重減少 9 その他() II 躁状態 1高揚気分 2多弁・多動 3行為心迫 4思考奔逸 5易怒性・被刺 激性亢進 6誇大性 7その他() III 幻覚妄想状態 1幻覚 2妄想 3させられ体験 4思考形式の障害 5奇異な行為 6その他()

現在の病状又は状態像 IV 精神運動興奮状態 1減裂思考 2硬い表情・姿勢 3興奮状態 4その他() V 昏迷状態 1無言 2無動・無反応 3拒絶・拒食 4その他() VI 意識障害 1意識混濁 2(夜間)せん妄 3もうろう 4その他() VII 知能障害 A精神遅滞 1軽度 2中等度 3重度 B認知症 1全体的 2まだら(島状) 3仮性 4その他() VIII 人格の病的状態 A人格障害 1妄想性 2衝動性 3演技性 4回避性 5その他() B残遺性人格変化 1欠陥状態 2無関心 3無為 4その他() IX その他 A性心理的障害 1フェティシズム 2サド・マゾヒズム 3小児愛 4その他() B薬物依存 1覚醒剤 2有機溶剤 3睡眠薬 4その他() Cアルコール症 Dその他() 入院外医療が 困難な理由 I 医療上の問題 1問題行動() 2病状不安定 3身体的合併症管理 4服薬管理 5その他() II その他の問題 1家族の受入が困難 2日常生活に指導を要する 3住居確保が困難 4その他() 医学的総合判定 概算医療費 判定 見込期間 1 今回診療日以降1か月間 2 第2か月日以降6か月日まで 1 2 3 4 5 6 ※福祉事務所囑託医の意見 (詳細意見) ※本庁技術吏員の意見 ※審議会の判定

※指定医療機関名 指定医療機関名

※発行取扱者 発行取扱者

(注意)

- 1 ※印の欄は福祉事務所が記入します。
- 2 ※※印の欄は欄外に継続入院となっている場合は記入の必要がありません。
- 3 この意見書の具体的記入要領及びこの患者が精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第29条の措置入院の要件に該当すると認められた場合の取扱いは裏面によって下さい。
- 4 概算医療費については、診療開始後6か月に限り、「概算医療費」欄の「1 今回診療日以降1か月間」にこの意見書による診療日以降1か月間に要する医療費概算額を「2 第2か月日以降6か月目まで」に、1か月を超えて診察を必要と認めるものについて、第2か月日以降6か月目までに要する医療費概算額を記入して下さい。

(意見書記入要領)

1. 「患者の職業」欄は、できるだけ、発病前の職業を記載すること。
2. 「生活歴及び現病歴」欄は、正確、特徴等を記載し、他診療所及び他病院での受診歴をも聴取して記載すること。
また、継続入院の場合であっても、新たに判明した事実がある場合には記載すること。
3. 「初回及び前回入院期間」欄は、他病院での入院歴をも聴取して記載し、入院歴がない場合は記載を要しないこと。
4. 「現在の病状または状態像」欄は、一般にこの書類作成までの過去数か月間に認められた病状または状態像を指すものとし、主として最近のそれに重点を置いて、該当する全てのローマ数字、算用数字及びローマ字を○で囲むこと。

(精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第29条の措置入院の要件に該当すると認められた場合の連絡)

新たに入院しようとする患者(社会保険又は自費等で入院していた者が引き続き生活保護法により入院しようとする場合を含む。)でこの意見書を提示したものが精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第29条の措置入院の要件に該当する病状であると認められるときは、直ちにその旨を福祉事務所に連携して下さい。

また、既に生活保護法により、入院している患者であっても、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第29条の措置入院の要件に該当する病状であると認められるに至ったときは、ただちにその旨福祉事務所に連絡して下さい。

(注) 上記の患者については福祉事務所長が都道府県知事又は指定都市市長に対して精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第23条の申請を行います。その結果については福祉事務所からも必要な事項をお知らせいたします。

文書番号

発行年月日

宛先郵便番号

宛先住所

宛先氏名 敬称

郵便カスタマーバーコード

発行自治体名称

発行役職名

発行者氏名

印

生活保護法給付券要否意見書送付書

下記のとおり生活保護法給付券要否意見書を送付しますので、ご確認の上返送願います。

記

ケース番号	地区名	氏名	性別	年齢	券種	対象年月	備考
ケース番号	地区名	氏名	性別	年齢	券種	対象年月	備考

送付枚数
送付枚数 枚

問い合わせ先

福祉事務所名

所属部 所属課 所属係

担当員 地区担当員名

電話番号

宛先自治体名称

宛先役職名 宛先氏名 敬称

指定医療機関名
管理者氏名

生活保護法給付券要否意見書受領書

下記のとおり生活保護法給付券要否意見書を受領しました。

ケース 番号	地区名	氏名	性別	年齢	券種	対象年月	備考
ケース 番号	地区名	氏名	性別	年齢	券種	対象年月	

様式番号

発行年月日

文書番号

医療機関名

院(所)長

敬称

発行自治体名称

発行役職名

発行者氏名

印

診療依頼書(入院外)

次の者については、後日、医療券を送付しますので、よろしく診療方依頼します。

なお、入院の必要が認められる場合はご連絡ください。

住所

住所

氏名

氏名

生年月日

生年月日

(

年齢

歳)

性別

ケース番号

世帯員番号

問い合わせ先

福祉事務所名

福祉事務所郵便番号

福祉事務所住所

所属部

所属課

所属係

担当員

地区担当員名

電話番号

再発行 様式番号

文書番号

生活保護法医療券・調剤券(診療年月分)

後保

交付番号

公費負担者 番号	公費負担者番号	有効期間	有効期間
受給者番号	受給者番号	単独・併用別	単独・併用
氏名	氏名	性別	生年月日
居住地	居住地		
指定医療 機関名	指定医療機関名		医療機関コード
指定医療機関 所在地	指定医療機関所在地		
処方元 指定医療機関名	処方元指定医療機関名		処方元指定医療機関コード
処方元 指定医療機関住所	処方元指定医療機関住所		
傷病名	(1) 傷病名 (1)	診療別	診療別
	(2) 傷病名 (2)		
	(3) 傷病名 (3)	本人支払額	本人支払額 円
担当員 地区担当員	取扱担当者名	取扱担当者名	
	自治体名称	役職名	印
		発行者氏名	
備考	社会保険	社会保険状況	
	感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第37条の2	第37条の2該当状況	
	その他	後保該当者の文言 県費該当者の文言	
	備考	備考内容	

ケース番号

世帯員番号

- 備考
- この用紙は、A列4番白色紙黒色刷りとすること。
 - 「指定医療機関名」欄に指定訪問看護事業者の名称を記入する場合には、訪問看護ステーションの名称も併せて記入すること。

様式番号

文書番号

訪問看護に係る利用料請求書

訪問看護事業者

(分・訪問回数 回)

訪問看護に係る利用料明細書	基本利用料以外の利用料	単位	単価	金額	摘要
		回	円	円	
	合計金額	請 求			※ 決 定
			円		円

請求書	(利用者氏名) (生年月日)		
	利用者氏名	生年月日	に係る上記明細書による訪問看護に係る利用料を請求します。
	利用者住所	年 月 日	
	宛先自治体名称	宛先役職名	住所 事業者名
	宛先氏名	敬称	事業者住所 事業者名

ケース番号

世帯員番号

地区担当員名

- (注意)
- ※印の欄は福祉事務所で記入します。
 - 摘要欄には利用料の内容が分かるように具体的に記入してください。

QRコード・バーコード

文書番号

発行年月日

宛先郵便番号

宛先住所

宛先氏名 敬称

郵便カスタマーバーコード

発行自治体名称

発行役職名

発行者氏名

印

医療券送付書

下記のとおり医療券を送付しますので、ご確認の上、受領書を返送願います。

ケース番号	地区名	受給者番号	氏名	性別	年齢	単併	診療年月	診療別	本人支払額	備考
ケース番号	地区名	受給者番号	氏名	性別	年齢	単・併	診療年月	診療別	本人支払額	備考

送付枚数

送付枚数

枚

問い合わせ先

福祉事務所名

所属部 所属課 所属係

担当員 地区担当員名

電話番号

宛先自治体名称

指定医療機関名
管理者氏名

宛先役職名	宛先氏名	敬称
-------	------	----

医療券受領書

下記のとおり医療券を受領しました。

ケース 番号	地区名	受給者番号	氏名	性別	年齢	単併	診療年月	診療別	継続 要否	転記状況
ケース 番号	地区名	受給者番号	氏名	性別	年齢	単・併	診療年月	診療別	要・否	

文書番号

発行年月日

宛先郵便番号

宛先住所

宛先氏名

敬称

郵便カスタマーバーコード

発行自治体名称

発行役職名

発行者氏名

印

医療券連名簿 (年月)

(公費負担者番号 : 公費負担者番号)

受給者番号	氏名 生年月日 (性別)	診療年月 有効期間	単併 診療別	本人支払額 傷病名	地区 担当	備考 (他法・その他)
	住所					
受給者番号	氏名 生年月日 (性別)	診療年月 有効期間	単・併 診療別	本人支払額 円 傷病名	地区 担当員	備考
	住所			円		
	()			円		
	()			円		
	()			円		
	()			円		
	()			円		
	()			円		
	()			円		

(取扱担当者 : 取扱担当者名)

文書番号

発行年月日

宛先郵便番号

宛先住所

宛先氏名 敬称

郵便カスタマーバーコード

発行自治体名称

発行役職名

発行者氏名

印

生活保護法給付券送付書

下記のとおり生活保護法給付券を送付しますので、ご確認の上受領書を返送願います。

ケース番号	地区名	受給者番号	氏名	性別	年齢	券種	対象年月	備考
ケース番号	地区名	受給者番号	氏名	性別	年齢	券種	対象年月	備考

送付枚数
送付枚数 枚

問い合わせ先

福祉事務所名

所属部 所属課 所属係

担当員 地区担当員名

電話番号

宛先自治体名称

宛先役職名 宛先氏名 敬称

指定医療機関名
管理者氏名

生活保護法給付券受領書

下記のとおり生活保護法給付券を受領しました。

ケース 番号	地区名	受給者番号	氏名	性別	年齢	券種	対象年月	備考
ケース 番号	地区名	受給者番号	氏名	性別	年齢	券種	対象年月	

医療券転帰通知書（兼受領書）

宛先福祉事務所名

年 月 日

宛先郵便番号

宛先住所

宛先氏名 敬称

所在地

病院名

院長名

下記のとおり医療券を受領し、転帰の状況について報告します。

No.	ケース番号	氏名	月	診療別	単 併	社 保	後 保	精 神	結 核	自 立 等	転帰	転帰 月日	未 使 用	備 考
1	ケース番号	カナ氏名 氏名	月	診療別	単 併	社 保	後 保	精 神	結 核	自 立 等	治癒・死亡・中止	.		
2											治癒・死亡・中止	.		
3											治癒・死亡・中止	.		
4											治癒・死亡・中止	.		
5											治癒・死亡・中止	.		
6											治癒・死亡・中止	.		
7											治癒・死亡・中止	.		
8											治癒・死亡・中止	.		
9											治癒・死亡・中止	.		
10											治癒・死亡・中止	.		
11											治癒・死亡・中止	.		
12											治癒・死亡・中止	.		

調剤券転帰通知書（兼受領書）

宛先福祉事務所名

年 月 日

宛先郵便番号

宛先住所

宛先氏名 敬称

所在地

調剤薬局名

下記のとおり調剤券を受領し、転帰の状況について報告します。

No.	ケース番号	氏名	月	診療別	単併	社保	後保	精神	結核	自立等	病院名	未使用	中止
1	ケース番号	カナ氏名 氏名	月	診療別	単併	社保	後保	精神	結核	自立等	病院名		
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													

薬局名

・調剤なしの場合は、未使用の欄に「×」印を、来月以降不要な調剤券がある場合は、中止の欄に「○」印を記入してください。

文書番号

発行年月日

宛先郵便番号

宛先住所

宛先氏名

敬称

郵便カスタマーバーコード

発行自治体名称

発行役職名

発行者氏名

印

調剤券連名簿 (年月)

(公費負担者番号 : 公費負担者番号)

受給者番号	氏名 生年月日 (性別)	診療年月 有効期間	単併 診療別	本人支払額 傷病名	地区 担当	備考 (他法・その他)
	住所					
受給者番号	氏名 生年月日 (性別)	診療年月 有効期間	単・併 診療別	本人支払額 円 傷病名	地区 担当員	備考
	住所					
	()			円		
	()			円		
	()			円		
	()			円		
	()			円		
	()			円		
	()			円		

(取扱担当者 : 取扱担当者名)

文書番号

発行年月日

宛先郵便番号

宛先住所

宛先氏名 敬称

郵便カスタマーバーコード

発行自治体名称

発行役職名

発行者氏名

印

調剤券送付書

下記のとおり調剤券を送付しますので、ご確認の上返送願います。

ケース番号	地区名	受給者番号	氏名	性別	年齢	単併	診療年月	診療別	本人支払額	備考
ケース番号	地区名	受給者番号	氏名	性別	年齢	単・併	診療年月	診療別	本人支払額	備考

送付枚数
送付枚数 <input style="width: 100px;" type="text"/> 枚

問い合わせ先

福祉事務所名

所属部 所属課 所属係

担当員 地区担当員名

電話番号

福祉事務所 受付日	月 日
--------------	-----

文書番号

年 月 日

宛先自治体名称
宛先役職名 宛先氏名 敬称

指定医療機関名
管理者氏名

調 剤 券 受 領 書

下記のとおり調剤券を受領しました。

ケース 番号	地区名	受給者番号	氏名	性別	年齢	単併	診療年月	診療別	本人支払額	備考
ケース 番号	地区名	受給者番号	氏名	性別	年齢	単・併	診療年月	診療別	本人支払額	

様式番号

文書番号

給付可否意見書(所要経費概算見積書)

治療材料・移送1

※ 福祉事務所記載欄	※ 新規・継続		※ 受理年月日		年 月 日	
	※ 居住地: 居住地					
※ 福祉事務所記載欄	※ (フリガナ) カナ氏名					
	※ (医療の開始年月日) 以降の (氏名) 氏名 (生年月日) 生年月日 (年齢) 歳)に係る 治療材料・移送2 の給付の可否について意見を求めます。					
発行年月日						
自治体名称				役職名 氏名		印
要 否 意 見 (医 師 記 載 欄)	傷 病 名		傷病の程度及び給付を必要とする理由			
	(1)					
	(2)					
	(3)					
	給付内容	治療材料	種類	使用見込期間		
移送	種類・区間					
	治療に必要な通院頻度		1か月に		日	
		移送を要する見込期間		か月		
(患者氏名) 氏名 について上記のとおり、給付を(1要する 2要しない)と認めます。						
宛先自治体名称		宛先役職名		年 月 日		
宛先氏名		敬称		指定医療機関の所在地 及び名称 院(所)長		
				指定医療機関所在地 指定医療機関名称 院長氏名		
所 要 経 費 概 算 見 積 (取 扱 業 者 記 載 欄)	給付方法	種類	品名(商品名)	単価	数量	金額
	購入					
	合計					
	貸与・修理					
	合計					
(治療材料) 治療材料 について、上記のとおり概算見積します。						
宛先自治体名称		宛先役職名		年 月 日		
宛先氏名		敬称		取扱業者の所在及び名称		
				取扱業者所在地 取扱業者名		
※ 福祉事務所 整理欄	(移送費概算額等を記載)					
※ 嘱託医 意見	1. 承認 2. 不承認 3. 本庁協議 期間(月) 1 2 3 4 5 6 (詳細意見)					

※取扱業者名

取扱業者名

※発行取扱者
発行取扱者名

ケース番号 世帯員番号

※担当員 地区担当員名

(記載注意) ※印欄は福祉事務所で記入するので、記載しないこと。

要否意見書発行番号

QRコード・バーコード

様式番号

文書番号

再発行の文言

治療材料券・治療材料費請求明細書

担当員 地区担当員名 取扱担当者 取扱担当者

給付年月

生活保護 法 治 療 材 料 券	交付番号 [交付番号]	この券の有効期限 [有効期限] まで		[単給・併給]		
	受給者氏名 [受給者氏名] ([生年月日] 生まれ) ([年齢] 歳) ([性別])	居住地 [居住地]				
	[ケース番号] [世帯員番号]					
	取扱業者 [取扱業者]	所在地 [所在地]				
	種 類 [治療材料種類名称]	金 額	[金額]			
給付方法	[支給種類] [貸与年月] [修理方法]					
治 療 材 料 費 請 求 明 細 書	種 類	数 量	単 価	金 額	摘 要	
			円	円		
	計					
	※社保負担 ([社保区分])		[社保有無]	[社保割合]	円	
	※他 法 負 担		[他法負担有無]	[他法負担割合]	円	
	※本 人 支 払 額			[本人支払額]	円	
	差 引 請 求 (支 払) 金 額				円	

発行自治体名称

発行役職名

発行者氏名

福祉事務所長印

印

注 1 本人支払額は物品納入と同時に徴収してください。
2 治療材料費は福祉事務所へ請求してください。

請求者氏名及び住所

[請求者氏名]

[請求者住所]

口 座 振 替 申 出 表 示	
金 融 機 関 名	[振込先金融機関名]
支 店 名	[振込先支店名]
口 座 名 義 フリガナ	[振込先フリガナ]
口 座 名 義	[振込先口座名義]
預 金 の 種 類	[振込先預金種別]
口 座 番 号	[振込先口座番号]

QRコード・バーコード

文書番号

発行年月日

宛先郵便番号

宛先住所

宛先氏名 敬称

郵便カスタマーバーコード

発行自治体名称

発行役職名

発行者氏名

印

治療材料券送付書

下記のとおり治療材料券を送付しますので、ご確認の上、受領書を返送願います。

ケース番号	地区名	受給者番号	氏名	性別	年齢	対象年月	備考
ケース番号	地区名	受給者番号	氏名	性別	年齢	対象年月	備考

送付枚数
送付枚数 <input type="text"/> 枚

問い合わせ先

福祉事務所名

所属部 所属課 所属係

担当員 地区担当員名

電話番号

宛先自治体名称
宛先役職名 宛先氏名 敬称

指定医療機関名
管理者氏名

治療材料券受領書

下記のとおり治療材料券を受領しました。

ケース 番号	地区名	受給者番号	氏名	性別	年齢	対象年月	備考
ケース 番号	地区名	受給者番号	氏名	性別	年齢	対象年月	

様式番号

ケース番号 世帯員番号 給付要否意見書(給付種類)

文書番号

※ 福祉事務所記載欄	※ 新規・継続		※ 受理年月日 年 月 日		
	※ 居住地: 居住地				
要否意見(施術者記載欄)	※ (フリガナ) カナ氏名				
	※ (医療の開始年月日) 以降の (氏名) 氏名 (生年月日) 生年月日 (年齢) 歳 に係る施術の給付の要否について意見を求めます。				
	※ 指定施術者名		発行年月日	自治体名称	役職名
			発行者氏名	印	
要否意見(施術者記載欄)	傷病名(部位)	初検年月日	転帰(継続の場合)		傷病の程度及び給付を必要とする理由
	(1)	年 月 日	治癒・中止・継続		
	(2)	年 月 日	治癒・中止・継続		
	(3)	年 月 日	治癒・中止・継続		
	(4)	年 月 日	治癒・中止・継続		
	(5)	年 月 日	治癒・中止・継続		
(6)	年 月 日	治癒・中止・継続			
療養(治癒)見込期間		概算見積額(初検時又は7ヶ月目以降)			
か月又は 日間		1月目	円	2月目	円
		4月目	円	5月目	円
往療が必要な場合その理由		3月目 円 6月目 円			
(患者氏名) 氏名 について、上記のとおり給付を(1要する 2要しない)と認めます。 年 月 日					
宛先自治体名称		宛先役職名	宛先氏名		
敬称			指定施術機関(施術者)の所在地及び名称		指定施術機関(施術者)所在地 指定施術機関(施術者)名称
医師同意	同意年月日	年 月 日			
	指定医療機関名				
	所在地				
	医師氏名				
	注意事項等	(施術に当たって注意すべき事項等があれば記載してください)(任意)			
※ 嘱託医意見	1. 承認 2. 不承認 3. 本庁協議 期間(月) 1 2 3 4 5 6 (詳細意見)				

※ 担当員

地区担当員名

※ 発行取扱者名

発行取扱者名

印

(記載注意)

- 1 施術を行う場合は、事前に医師の同意を得ること。
- 2 転帰「(継続の場合)」欄は、6ヶ月を超えて施術を継続する場合に該当するものを○で囲むこと。
- 3 「療養(治癒)見込期間」及び「概算見積額」欄は、初検時(6ヶ月を超えて療養を必要とする場合は7ヶ月目以降)の療養(治療)見込期間及び概算見積額を記載すること。
- 4 ※印欄は福祉事務所で記入するので、記載しないこと。

様式番号

文書番号

ケース番号

世帯員番号

給付可否意見書(柔道整復)

※福祉事務所記載欄	※ 新規・継続		※ 受理年月日		年	月	日
	※居住地: 居住地						
※	(フリガナ) カナ氏名						
	※ (医療の開始年月日 以降の) (氏名) 氏名 (生年月日) 生年月日 (年齢) 歳 に係る施術の給付の可否について意見を求めます。						
						発行年月日	
※ 指定施術者名					自治体名称	役職名	発行者氏名
要 否 意 見 (柔 道 整 復 師 記 載 欄)	傷病名(部位)	初検年月日	転帰(継続の場合)		傷病の程度及び 給付を必要とする理由		
	(1)	年 月 日	治癒・中止・継続				
	(2)	年 月 日	治癒・中止・継続				
	(3)	年 月 日	治癒・中止・継続				
	(4)	年 月 日	治癒・中止・継続				
	(5)	年 月 日	治癒・中止・継続				
記 載 欄)	療養(治癒)見込期間		概算見積額(初検時又は4ヶ月目以降)				
	か月又は 日間	1月目	円	2月目	円	3月目	円
	(患者氏名) 氏名 について、上記のとおり給付を(1要する 2要しない)と認めます。						
医 師 同 意	宛先自治体名称		宛先役職名		年 月 日		
	宛先氏名		敬称		指定施術機関(施術者)所在地 指定施術機関(施術者)名称		
※ 嘱 託 医 意 見	(注)脱臼又は骨折(応急手当を除く)の場合のみ同意が必要						
	1. 承認 2. 不承認 3. 本庁協議 期間(月) 1 2 3 4 5 6 (詳細意見)						

※担当員
地区担当員名

※発行取扱者名
発行取扱者名

印

(記載注意)

- 1 転帰「(継続の場合)」欄は、3か月を超えて施術を継続する場合に該当するものを○で囲むこと。
- 2 「療養(治癒)見込期間」及び「概算見積額」欄は、初検時(3か月を超えて療養を必要とする場合は4か月目以降)の療養(治療)見込期間及び概算見積額を記載すること。
- 3 「医師同意」欄は、施術者が同意を得た指定医療機関名、医師名、所在地及び同意年月日を記載したもので差し支えないこと。
- 4 ※印欄は福祉事務所で記入するので、記載しないこと。

再発行の文言 様式番号

(表面)

文書番号

施術券及び施術報酬請求明細書(あん摩・マッサージ)

(施術年月 分) 担当員 地区担当員名 取扱担当者 取扱担当者

施 生 活 保 護 券 法	交付番号 [交付番号]	この券の 有効期限	[有効期間開始日]	から	[有効期間終了日]	まで	[単給・併給]	
	患者氏名 [患者氏名] ([生年月日] 生まれ) ([年齢] 歳) ([性別])	居住地 [居住地]						
	[ケース番号] [世帯員番号]							
指定施術者名 [指定施術者名]	傷病名(部位) [傷病名] [傷病名(部位)]							
施 術 費 給 付 請 求 明 細 書	初回施術年月日	年 月 日	実日数	日	転 帰	治癒・中止		
	① マッサージ	軀 幹 右上肢 左上肢 右下肢 左下肢	円 × 回 = 円	摘 要				
	② 温電法(加算)		円 × 回 = 円					
	③ 温電法・電気光線器具(加算)		円 × 回 = 円					
	④ 変形徒手矯正術	右上肢 左上肢 右下肢 左下肢	円 × 回 = 円					
	⑤ 往 療 料 4kmまで 4km超		円 × 回 = 円					
	⑥ 施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)		円 × 回 = 円					
	施術日 通院○ 月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 往療◎							
	⑦ 合計金額 (①+②+③+④+⑤+⑥)				請求	※決定	円	円
	※ ⑧ 社 保 負 担 ([社保区分])		[社保有無]	[社保割合]	割		円	円
※ ⑨ 本 人 支 払 額		[本人支払額]	円			円	円	
⑩ 差引請求(支払)金額 (⑦-⑧-⑨)						円	円	
請 求 書	[患者氏名] にかかる上記明細書による施術料を請求します。 年 月 日 宛先自治体名称 [宛先役職名] 住所 [指定施術者住所] [宛先氏名] 敬称 指定施術者氏名 [指定施術機関(施術者名)名称]							

※ 自治体名称

役職名

発行者氏名

印

振 込 先	[振込先金融機関名]	銀 行	預金種類	預 金	口座番号	口座名義
	[振込先支店名]	信用金庫 支 店	[振込先預金種類]		[振込先口座番号]	[振込先ふりがな] [振込先口座名義]

(裏面)

(あん摩)

指定施術者へのお知らせ

- 1 患者の本人支払額は、施術報酬請求明細書左側下欄の「本人支払額」欄記入の金額ですから窓口で徴収して下さい。
- 2 施術券の有効期間の延長を必要と認めるときは、ただちに福祉事務所に連絡のうえ補正をうけて下さい。この場合連絡がないと減額されることがありますから注意して下さい。
- 3 施術券の「傷病名(部位)」欄に記入された傷病名(部位)以外の傷病(部位)が発生し、これについての施術を要するときは、請求明細書の「摘要」欄にその傷病(部位)名又は往療を必要とした理由等を記入して下さい。この場合記入がないと減額されることがありますから注意して下さい。
- 4 施術券の所定事項及び請求明細書の「本人支払額」「社保負担」欄に必要事項の記入のないもの及び施術券に福祉事務所長印のないものは無効ですから福祉事務所に返送して下さい。
- 5 「初回施術年月日」欄には費用負担関係の如何にかかわらず、その傷病(部位)についての初回施術年月日を記入して下さい。また「①初検料」の施術内容欄には、該当する項目を○で囲んで下さい。
- 6 施術報酬請求明細書について下記事由に該当する場合は、返戻されることがありますから注意して下さい。
 - (1) 請求書の氏名の記入もれ
 - (2) 初回施術年月日の記入もれ
 - (3) 往療距離記入もれ
 - (4) その他記載不備

(記入上の注意)※印の欄には記入しないで下さい。

患者へのお知らせ

- 1 併給の場合で、別に保護変更決定通知書を交付しないときは、本券をもってこれに代えます。
- 2 この施術券で施術を受けることのできる期間は施術券の「この券の有効期間」欄に記入された日数です。
- 3 あなたが直接支払う額は表面「本人支払額」欄に記入された金額ですから窓口で支払って下さい。なお、本人支払額が支払われていない場合には保護の変更、停止又は廃止が行なわれることもあります。
- 4 施術者及び福祉事務所長の指示、指導に従って療養に専念して下さい。
- 5 施術が終わったとき、又は施術を中止したときは、すみやかにその旨を福祉事務所長に届け出て下さい。
- 6 施術券は、他人に譲ったり又は使用させてはいけません。

施術券及び施術報酬請求明細書(柔道整復)

ケース番号 世帯員番号

(施術年月 分)

地区 担当員印		取扱担 当者印		福祉事務所 長印	
------------	--	------------	--	-------------	--

生活保護 法 施 術 券	交付番号 交付番号		この券の 有効期間		有効期間開始日 から 有効期間終了日 まで		単給・ 併給
	氏名	氏名 性別	生年月日	生年月日	住所	住所	
	指定 施 術 者 名	指定施術者名		傷病名(部位) 傷病名(部位)			

負傷者	負傷年月日	初検年月日	施術開始年月日	施術終了年月日	実日数	転 帰
(1)		治癒・中止・転医
(2)		治癒・中止・転医
(3)		治癒・中止・転医
(4)		治癒・中止・転医
(5)		治癒・中止・転医

負傷の原因・業務災害通勤災害又は第三者行為外の原因による

施 術 報 酬	経過		請求 区分	新 規 継 続
------------------	----	--	----------	------------

施 術 報 酬	施術日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	初検料 円	初検時相談支援料 円		往診料 Km 回 円		金属副子等加算 回 円		施術情報 提供料 円		明細書発行 体制加算 円		計		円																		
	加算(休日・深夜・時間外)		再検料 円		加算(夜間・難路・暴風 防雪) 円		柔道整復運動後療料 回 円																									

請 求 明 細 書	整復料・固定料・ 施療料	(1) 円	(2) 円	(3) 円	(4) 円	(5) 円	計	円									
-----------------------	-----------------	-------	-------	-------	-------	-------	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

部 位	通減 %	通減開始 月 日	後療料 円 回 円	冷電法料 回 円	温電法料 回 円	電療料 回 円	計 円	多部位	計 円	長期	計 円
(1)	100	—							—	—	
(2)	100	—							—	—	
(3)	60	—						0.6			
(4)	60	—						0.6			
(4)	100	—						—	—		

施 術 報 酬 明 細 書	摘 要		合 計		—										円		
			※社保負担(社保区分)		—										円		
			社保有無 社保割合 割		—										円		
	金属副子等 加算日	1回目 日	2回目 日	3回目 日	本人支払額	本人支払額	※										円
	柔道整復運動 後療料加算日	日 日 日 日 日			差引請求 (支払)金額		—										円
	明細書発行体制加算 加算日			日	決定金額		※										円

施 術 証 明 欄	上記のとおり施術したことを証明します。		所在地〒	
	年 月 日		施 術 所 名 称	
			電 話	
			指 定 施 術 者 氏 名	

備考 この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。(※は福祉事務所使用欄)

(柔道整復)

■指定施術者へのお知らせ

- 1 患者の本人支払額は、施術報酬請求明細書右側下欄の「本人支払額」欄記入の金額ですから窓口で徴収して下さい。
- 2 施術券の有効期間の延長を必要と認めるときは、ただちに福祉事務所に連絡のうえ補正をうけてください。この場合連絡がないと減額されることがありますから注意してください。
- 3 施術券の「傷病名(部位)」欄に記入された傷病名(部位)以外の傷病(部位)が発生し、これについての施術を要するときは、この場合記入がないと減額されることがありますから注意してください。請求明細書の「適用」欄にその傷病(部位)名を記入しておいてください。
- 4 施術券の所定事項及び明細書の「本人支払額」「社保負担」欄に必要事項の記入のないもの及び施術券に福祉事務所長印のないものは無効ですから、福祉事務所に返送してください。
- 5 「初検年月日」欄には、費用負担関係の如何にかかわらず、その傷病(部位)についての初検年月日を記入してください。
- 6 「負傷の原因」欄には、3部位目を所定料金の100分の60に相当する金額により算定することとなる場合には、すべての負傷名にかかる具合的な負傷の原因を記載してください。
- 7 「施術日」欄には、施術を行った日を○で囲んでください。
- 8 「往療料」欄には、往療した患家までの直線距離(km)、回数及び往療料を記載し、夜間、難路又は暴風雨雪加算を算定する場合は、該当する文字を○で囲んで加算額を記載してください。また、「摘要」欄に次の事項を記載してください。
 - (1)歩行困難等真にやむを得ない理由
 - (2)暴風雨雪加算を算定した場合は、当該往療を行った日時
 - (3)難路加算を算定した場合は、当該往療を行った日時及び難路の経路
 - (4)片道16kmを超える往療料を算定した場合は、往療を必要とする絶対的な理由
- 9 脱臼又は骨折の施術に同意した医師の氏名と同意日を「摘要」欄に記載してください。
- 10 施術報酬請求明細書について下記事由に該当する場合は、返戻されることがありますから注意してください。
 - (1)請求者の氏名の記入もれ
 - (2)初検年月日の記入もれ
 - (3)往療距離の記入もれ
 - (4)その他記載不備(記入上の注意) ※印の欄には記入しないでください。

■患者へのお知らせ

- 1 併給の場合で、別に保護変更決定通知書を交付しないときは、本券をもってこれに代えます。
- 2 この施術券で施術を受けることのできる期間は施術券の「この券の有効期間」欄に記入された日数です。
- 3 あなたが直接支払う額は、表面右側下欄の「本人支払額」欄に記入された金額ですから窓口で支払ってください。
なお、本人支払額が支払われていない場合には保護の変更、停止又は廃止が行われることもあります。
- 4 施術者及び福祉事務所長の指示、指導に従って療養に専念してください。
- 5 施術が終わったとき、又は施術を中止したときは、すみやかにその旨を福祉事務所に届け出てください。
- 6 施術券は、他人に譲ったり又は使用させてはいけません。

再発行の文言 様式番号

文書番号

施術券及び施術報酬請求明細書(はり・きゅう)

(施術年月 分) 担当員 地区担当員名 取扱担当者 取扱担当者

生活保護法 施術券	交付番号 [交付番号]	有効期間 [有効期間開始日] から [有効期間終了日] まで	施術開始日 [施術開始年月日]	[単給・併給]
	患者氏名 [患者氏名] ([生年月日] 生まれ) ([年齢] 歳) ([性別])	居住地 [居住地]		
	[ケース番号] [世帯員番号]	はり・きゅう師氏名 [はり・きゅう師氏名1]		
傷病名 [傷病名(部位)]				

自治体名称

役職名

施術報酬請求明細書(はり・きゅう)

施術報酬請求明細書	○ 初回施術 年 月 日	年 月 日	実日数	日	既施術回数	回	転 帰	治療・中止
	① 初検料	1はり 2きゅう 3はりきゅう併用					円	摘 要
	② 施術料	はり				円 × 回 =	円	
		きゅう				円 × 回 =	円	
		はり、きゅう併用				円 × 回 =	円	
	電療料 1電気針 2電気温灸器 3電気光線器具				円 × 回 =	円		
	③ 往 療 料	4kmまで		4km超		円 × 回 =	円	円
	④ 施術報告書交付料(前回支給: 年 月)					円 × 回 =	円	
	施術日 通院○ 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31						
	往療◎							
⑤ 合計金額 (①+②+③+④)					請 求	円	※ 決 定	円
※ ⑥ 社 保 負 担 ([社保区分]) [社保有無] [社保割合] 割						円		円
※ ⑦ 本 人 支 払 額 [本人支払額] 円						円		円
⑧ 差引請求(支払)金額 (⑤-⑥-⑦)						円		円

発行者氏名

印

請求書	[患者氏名] にかかる上記明細書による施術料を請求します。		
	[宛先自治体名称] [宛先役職名]	年 月 日	
委任状	[宛先氏名] [敬称]	住 所	[はり・きゅう師住所]
		はり・きゅう師 氏 名	[はり・きゅう師氏名2]
上記の金額の受領を		師会(理事)長(氏名)	に委任します。
		(はり・きゅう師名)	年 月 日
		氏 名	

振込先	[振込先金融機関名]	銀 行	預金種類 [振込先預金種類]	預 金	口座番号	口座名義
	[振込先支店名]	信用金庫 支 店			[振込先口座番号]	[振込先ふりがな] [振込先口座名義]

(裏面)

はり・きゅう師へのお知らせ

- 1 患者の本人支払額は、施術報酬請求明細書左側下欄の「本人支払額」欄記入の金額ですから窓口で徴収して下さい。
- 2 施術券の有効期間の延長を必要と認めるときは、ただちに福祉事務所に連絡のうえ補正をうけて下さい。この場合連絡がないと減額されることがありますから注意して下さい。
- 3 施術券の所定事項及び請求明細書の「本人支払額」、「社保負担」欄に必要な事項の記入のないもの及び施術券に福祉事務所長印のないものは無効ですから福祉事務所に返送して下さい。
- 4 「初回施術年月日」欄には、費用負担関係の如何にかかわらず、その傷病についての初回施術年月日を記入して下さい。また「①初検料」の施術内容欄には、該当する項目を○で囲んで下さい。
- 5 「摘要」欄には往療を必要とした理由等を付記して下さい。
- 6 施術報酬請求明細書について下記事由に該当する場合は、返戻されることがありますから注意して下さい。
 - (1) 請求書の氏名の記入もれ
 - (2) 初回施術年月日、既施術回数の記入もれ
 - (3) 往療距離記入もれ
 - (4) その他

(記入上の注意)

※印の欄には記入しないで下さい。

患者へのお知らせ

- 1 併給の場合で、別に保護変更決定通知書を交付しないときは、本券をもってこれに代えます。
- 2 この施術券で施術を受けることのできる期間は施術券の「有効期間」欄に記入された日数です。
- 3 あなたが直接支払う額は、表面「本人支払額」欄に記入された金額ですから窓口で支払って下さい。なお、本人支払額が支払われていない場合には、保護の変更、停止又は廃止が行なわれることもあります。
- 4 施術者および福祉事務所長の指示、指導に従って療養に専念して下さい。
- 5 施術を受けている期間は、その疾病については、指定医療機関の医療を受けることはできませんから注意して下さい。
- 6 施術が終わったとき、又は施術を中止したときは、すみやかにその旨を福祉事務所長に届け出て下さい。
- 7 施術券は、他人に譲ったり又は使用させてはいけません。

宛先郵便番号

文書番号

宛先住所

発行年月日

宛先氏名 敬称

郵便カスタマーバーコード

発行自治体名称

発行役職名

発行者氏名

印

入院・主治医訪問調査依頼書

下記日時に を持参いたしますので事前にご確認願います。

記

訪問日時	訪問年月日
	訪問時間

地区名	ケース番号	調査対象者氏名	生年月日	性別	入外別
<input type="text" value="地区名"/>	<input type="text" value="ケース番号"/>	<input type="text" value="調査対象者氏名"/>	<input type="text" value="生年月日"/>	<input type="text" value="性別"/>	<input type="text" value="入外別"/>

調査対象者	<input type="text" value="調査対象者数"/> 人
-------	---------------------------------------

問い合わせ先

担当員

様式番号

文書番号

長期入院患者に係る診療報酬請求書(診療年月 分)

公費負担者番	公費負担者番号	有効期間	有効期間開始日	から
			有効期間終了日	まで
			療養対象日数	
受給者番号	受給者番号	単独・併用別	単独・併用	
氏名	氏名 (性別) 生年月日			
居住地	居住地			

① 基準となる入院基本料等	② 保険外併用療養費(保険給付対象部分)	③ 特別料金分 (①-②の範囲内)	④ 本人支払額	⑤ 差引請求額 (③-④)
円	円	円	円	円

・入院基本料等の基本点数(以下「基本点数」という。)×入院日数×10円=①

・[基本点数-(基本点数×控除率※)]×入院日数×10円=②

小数点以下第一位を四捨五入

※ 控除率は、平成14年度は5%、15年度は10%、16年度以降は15%となる。

(氏名) 氏名 に係る上記による診療報酬を請求します。

年 月 日

宛先自治体名称 宛先役職名

宛先氏名 敬称

指定医療機関名

指定医療機関名称

住 所

指定医療機関所在地

病 院 長

院長氏名

備考 この用紙は、A列4番白色紙黒色刷りとする。

ケース番号

世帯員番号

地区担当員名

QRコード・バーコード

宛先郵便番号

文書番号

宛先住所

発行年月日

宛先氏名 敬称

郵便カスタマーバーコード

発行自治体名称

発行役職名

発行者氏名

印

医療費のお知らせ（医療費通知書）

あなたの世帯が医療機関等で受診された医療費の額をお知らせします。
経費は国や都道府県などが負担していますが、内容に誤りがないか確認してください。

診療期間	診療期間	医療費合計(円)	合計額
------	------	----------	-----

受給者名	医療機関名	診療年月	診療区分	受診日数	医療費(円)
受給者名	医療機関名	診療年月	診療区分	受診日数	医療費

- ・このお知らせは、医療扶助額をお知らせすることを目的としており、医療費などを収めていただく請求書ではありません。
- ・このお知らせは、医療機関等から請求された医療扶助額の内容に基づき作成しています。医療機関等からの請求が遅れている場合等は記載されていないことがあります。

問い合わせ先

福祉事務所名

所属部 所属課 所属係

担当員 地区担当員名

電話番号

宛先郵便番号

文書番号

宛先住所

発行年月日

宛先氏名 敬称

郵便カスタマーバーコード

発行自治体名称

発行役職名

発行者氏名

印

ジェネリック医薬品使用促進のお知らせ（ジェネリック通知書）

現在服用されているお薬を、「ジェネリック医薬品」と呼ばれる、同じ効き目をもった安価で安全な薬に切り替えた場合、どれくらい薬代を軽減できるか参考としていただくため、以下のとおりご案内します。

医療財政の健全化を図るため、行政や医療保険など国全体で「ジェネリック医薬品」の普及に取り組んでおり、生活保護制度でもジェネリック医薬品を一旦、服用していただくことを推奨しています。

期間 分の薬を「ジェネリック医薬品」に切り替えた場合、薬代軽減額1 円安くなる見込みがあります。

※100円未満を切り捨てています。

※試算は薬代のみを対象としています。

処方実績				ジェネリック医薬品に切り替えることによる薬代軽減額（円）
氏名		数量	薬代（円）	
処方年月	医療機関・薬局区分 薬品名			
氏名				
処方年月	医療機関・薬局区分	数量	薬代1	薬代軽減額2
	薬品名		薬代2	薬代軽減額3
	小計（医療機関・薬局）		薬代3	薬代軽減額4
小計（処方年月）			薬代合計	薬代軽減額合計
合計				

※本明細は、医療機関・薬局からの請求に基づいて作成しています。たくさんのお薬が処方されている場合は軽減できる金額の大きいものから順に記載しており、本明細に記載しきれない場合があります。

※全ての先発医薬品にジェネリック医薬品があるわけではありません。

また同じ効能であっても、個人によって効き方や副作用などは異なる場合がありますので、医薬品に関する詳しい内容は医師または薬局の薬剤師にご相談ください。

問い合わせ先

福祉事務所名

所属部 所属課 所属係

担当員 地区担当員名

電話番号

宛先郵便番号
 宛先住所
 宛先氏名 敬称
 郵便カスタマーバーコード

文書番号
 発行年月日

発行自治体名称
 発行役職名
 発行者氏名

印

生活保護法による医療機関等の指定について（指定業務通知書）

下記のとおり生活保護法に基づく医療機関等として指定しました。

記

名 称	機関名
所 在 地	所在地
診 療 科 目	診療科目
開 設 者	開設者名
指 定 番 号	指定番号
医 療 機 関 番 号	医療機関番号
指 定 年 月 日	指定年月日

問い合わせ先

福祉事務所名
 所属部 所属課 所属係
 担当員 地区担当員名
 電話番号

様式番号

文書番号

宛先郵便番号

発行年月日

宛先住所

宛先氏名

敬称

宛先欄備考情報

発行自治体名称1

発行役職名

郵便カスタマーバーコード

発行者氏名

被保護者異動連絡表の送付について

別紙「被保護者異動連絡先」に掲げる方は、生活保護法による介護扶助を受給中または申請中の方で貴事業所に委託サービス計画の作成を依頼中または依頼される予定の方です。

これらの方の居宅サービス計画の作成に当たっては、生活保護法の趣旨並びに介護扶助の介護の方針及び介護の報酬を踏まえて作成いただくとともに、毎月の居宅サービス計画を作成したとき及び中途で変更したときには、その都度、居宅サービス計画の写しを当福祉事務所あて送付いただきますようお願いいたします。

なお、当福祉事務所が貴事業者から居宅サービス計画の写しの交付を受けることについては、別紙のとおり本人の同意を得ております。

被 保 護 者 異 動 連 絡 表

(対象年月)

発行自治体名称2

現頁

氏 名	年 齢	住 所	被保険者番号	新規、継続の別	中止事由の 異動内容※	異動年月日	備考
氏名	年齢	住所	被保険者番号	新規、継続の別	中止事由の移動内容	異動年月日	備考

支援事業者番号

(注)※欄の中止事由に該当する方については、今後居宅サービス計画の写しの送付は不要です。

様式番号

文書番号

被保護者情報連絡表(保険者用)

対象年度

介護保険者名

(発行年月日 現在)

番号	氏名	住所	生年月日	年齢	被保険者番号※	保護開始、停止 廃止年月日 ※	備考
番号	氏名	住所	生年月日	年齢			備考

- (注) 1 4月1日現在の被保護者のうち65歳以上の者及び当該年度において65歳に到達する者を記入する。
2 ※は市町村記入欄。
3 「保護開始、停止、廃止年月日」欄は、4月以降の保護の実施機関からの連絡に基づき市町村が記入するための欄。

介護扶助受給者情報連絡表（保険者用）

対象年月日 現在

作成年月日 作成

番号	氏名	住所	生年月日	年齢	被保険者番号	介護扶助開始、停止、廃止年月日	備考
番号	力ナ氏名 氏名	住所	生年月日	年齢	被保険者番号	介護扶助開始、停止、廃止年月日	備考

被保護者異動連絡票(国保連用)

様式番号

文書番号

公費負担者番号	福祉事務所名
公費負担者番号	福祉事務所名
担当	
福祉事務所名	担当者役職名 担当者 印

証記載保険者番号
保険者番号

被保険者番号
被保険者番号

異動年月日			
年号	年	月	日
異動年月日			

異動区分
1 新規 2 変更 3 終了
異動区分

異動事由
異動事由

被保護者氏名(カナ)	生年月日				性別
	年号	年	月	日	
被保護者氏名カナ	生年月日				1 男性 2 女性 性別

住所地郵便番号
居住地郵便番号

[要介護認定等]

みなし区分	要介護状態等区分	有効期間開始年月日	有効期間終了年月日
みなし区分	要介護状態区分	有効期間開始年月日	有効期間終了年月日

公費負担上限額減額
公費負担上限額減額

[資格]

資格取得年月日	資格喪失年月日
資格取得年月日	資格喪失年月日

[居宅サービス計画(介護予防サービス計画)届出]

計画作成区分	居宅介護支援事業者等番号	適用開始年月日				適用終了年月日			
	居宅介護支援事業者等番号	年号	年	月	日	年号	年	月	日
計画作成区分	居宅介護支援事業者等番号	適用開始年月日				適用終了年月日			

[支給限度額]

区分	支給限度基準額	上限管理適用開始年月日				上限管理適用終了年月日			
		年号	年	月	日	年号	年	月	日
支給限度基準額(旧訪問通所)	支給限度基準1	管理期間開始年月日1				管理期間終了年月日1			
(旧短期入所)	支給限度基準2	管理期間開始年月日2				管理期間終了年月日2			

[申請情報]

申請種別	変更申請中区分	申請年月日			
申請種別	変更申請中区分	年号	年	月	日
申請種別	変更申請中区分	申請年月日			

広域(政令市)保険者番号
広域保険者番号

小規模居宅サービス利用
小規模居宅サービス利用

被保護者異動訂正連絡票(国保連用)

様式番号

文書番号

証記載保険者番号
保険者番号

被保険者番号
被保険者番号

異動年月日			
年号	年	月	日
異動年月日			

訂正年月日			
年号	年	月	日
訂正年月日			

訂正区分
1 修正 2 削除
訂正区分

公費負担者番号	福祉事務所名
公費負担者番号	福祉事務所名
担当	
福祉事務所名	担当者役職名 担当者 印

異動事由
異動事由

被保護者氏名(カナ)	生年月日				性別
	年号	年	月	日	
被保護者氏名カナ	生年月日				1 男性 2 女性 性別

住所地郵便番号
居住地郵便番号

[要介護認定等]

みなし区分	要介護状態等区分	有効期間開始年月日	有効期間終了年月日
みなし区分	要介護状態区分	有効期間開始年月日	有効期間終了年月日

公費負担上限額減額
公費負担上限額減額

[資格]

資格取得年月日	資格喪失年月日
資格取得年月日	資格喪失年月日

[居宅サービス計画(介護予防サービス計画)届出]

計画作成区分	居宅介護支援事業者等番号	適用開始年月日				適用終了年月日			
	居宅介護支援事業者等番号	年号	年	月	日	年号	年	月	日

[支給限度額]

区分	支給限度基準額	上限管理適用開始年月日				上限管理適用終了年月日			
		年号	年	月	日	年号	年	月	日
支給限度基準額(旧訪問通所)	支給限度基準1	管理期間開始年月日1				管理期間終了年月日1			
(旧短期入所)	支給限度基準2	管理期間開始年月日2				管理期間終了年月日2			

[申請情報]

申請種別	変更申請中区分	申請年月日			
申請種別	変更申請中区分	年号	年	月	日

広域(政令市)保険者番号
広域保険者番号

小規模居宅サービス利用
小規模居宅サービス利用

適用除外施設入所者情報連絡票

対象年月日

⑤適用除外施設の名称	適用除外施設名	⑦適用除外施設の種類	適用除外施設種類
⑥適用除外施設の所在地	適用除外施設所在地	電話番号	適用除外施設電話番号

①氏名	②生年月日	③性別	④住所	⑧情報提供理由 発生年月日	⑨情報提供 の理由※
氏名	生年月日	性別	住所	発生年月日	情報提供の理由

※欄の記入例：施設入所、施設退所、転入、65歳到達

様式番号

文書番号

再発行

生活保護法介護券(介護対象年月)

公費負担者番号	公費負担者番号	有効期間	有効期間開始日 から 有効期間終了日 まで		
受給者番号	受給者番号	単独・併用別	単独・併用		
保険者番号	保険者番号	被保険者番号	被保険者番号		
交付番号	交付番号				
(フリガナ) 氏名	カナ氏名	生年月日	性別		
	氏名	生年月日	性別		
要介護状態等区分	要介護状態等区分				
認定有効期間	認定有効開始日	から	認定有効終了日 まで		
居住地	居住地				
指定居宅介護支援事業者 ・指定介護予防支援事業者 ・地域包括支援センター名	事業所番号	事業所番号1			
	関連介護機関名				
指定介護機関名	事業所番号	事業所番号2			
	指定介護機関名				
居宅介護	居宅介護	居宅介護	居宅介護		
		施設介護	施設介護		
		居宅介護支援 介護予防支援 介護予防・日常生活支援	居宅介護支援/介護予防支援/介護予防・日常生活支援		
		本人支払額	本人支払額 円		
地区担当員	取扱担当者	発行自治体名称 発行役職名 発行者氏名			
印					
備考	介護保険	介護保険あり 記号	あり	介護保険なし 記号	なし
	その他	その他			
	備考	備考内容			

備考 この用紙は、A列4番白色紙黒色刷りとする。

ケース番号

世帯員番号

文書番号

発行年月日

宛先郵便番号

宛先住所

宛先氏名

敬称

郵便カスタマーバーコード

発行自治体名称

発行役職名

発行者氏名

印

介護券連名簿 (年月)

(公費負担者番号 : 公費負担者番号)

受給者番号 保険者番号 被保険者番号	ケース 番号	フリガナ 氏名(性別)	要介護状態等区分 生年月日	給付年月 有効期間	認定有効期間	単独・併用別 本人支払額	地区 担当	備考 (他法・その他)	交付番号
介護事業者名 事業所番号 住所						介護サービスの種類			
受給者番号 保険者番号 被保険者番号	ケース番号	カナ 氏名	要介護状態等区分 (性別) 生年月日	給付年月 有効期間	認定有効期間	単・併 本人支払額 円	地区 担当員	備考	交付番号
介護事業者名 事業所番号 住所						介護サービスの種類			
			()			円			
			()			円			
			()			円			
			()			円			
			()			円			
			()			円			

文書番号

発行年月日

宛先郵便番号

宛先住所

宛先氏名 敬称

郵便カスタマーバーコード

発行自治体名称

発行役職名

発行者氏名

印

生活保護法介護券送付書

下記のとおり生活保護法介護券を送付しますので、ご確認の上、受領書を返送願います。

ケース番号	地区名	受給者番号	氏名	性別	年齢	単併	受給年月	サービス別	本人支払額	備考
ケース番号	地区名	受給者番号	氏名	性別	年齢	単・併	受給年月	サービス別	本人支払額	備考

送付枚数
送付枚数 枚

問い合わせ先

福祉事務所名

所属部 所属課 所属係

担当員 地区担当員名

電話番号

文書番号

発行年月日

宛先郵便番号

宛先住所

宛先氏名 敬称

郵便カスタマーバーコード

発行自治体名称

発行役職名

発行者氏名

印

要介護認定調査依頼書

要介護認定訪問調査を次のとおり依頼します。

記

被保険者番号	被保険者番号		
受給者番号	受給者番号		
公費負担者番号	公費負担者番号		
被保護者氏名	カナ氏名 氏名		
生年月日	生年月日	年齢	性別 性別
住所	住所		
要介護認定(更新)申請日	要介護認定(更新)申請年月日		
要介護認定調査票提出期限	要介護認定調査票提出期限年月日		

期限までに調査を完了しない見込みであるときは、下記問い合わせ先まで報告のうえ指示を受けてください。

問い合わせ先

福祉事務所名

所属部 所属課 所属係

担当員 地区担当員名

電話番号

宛先自治体名称
宛先役職名 宛先氏名 敬称

発行自治体名称 発行役職名
発行者氏名

印

要介護認定審査・判定依頼書

このことについて、次の生活保護受給者が要介護状態にあると思われるので、要介護審査・判定願います。

ケース番号	ケース番号		
受給者番号	受給者番号		
公費負担者番号	公費負担者番号		
氏名	カナ氏名 氏名		
生年月日	生年月日	年齢	性別 性別
住所	住所		電話番号
前回区分	前回区分		
有効期間	有効期間開始年月日	から	有効期間終了年月日
その他連絡事項	その他連絡事項		

問い合わせ先

福祉事務所名
所属部 所属課 所属係
担当員 地区担当員名
電話番号

宛先自治体名称

宛先役職名 宛先氏名 敬称

介護認定審査会結果回答書

貴所より依頼のありました次の者の介護認定審査会の結果について回答いたします。

介護保険 被保険者番号			
受給者番号			
公費負担者番号			
氏名	<input type="text" value="カナ氏名"/> <input type="text" value="氏名"/>		
生年月日	<input type="text" value="生年月日"/>	<input type="text" value="年齢"/>	性別 <input type="text" value="性別"/>
住所	<input type="text" value="住所"/>		<input type="text" value="電話番号"/>
認定区分	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 要支援 _____ <input type="checkbox"/> 要介護 _____		
審査日(判定日)	年 月 日		
認定有効期間	年 月 日 から 年 月 日		
特定疾病名	<input type="checkbox"/> がん(末期) <input type="checkbox"/> 関節リウマチ <input type="checkbox"/> 筋萎縮性側索硬化症 <input type="checkbox"/> 後縦靭帯骨化症 <input type="checkbox"/> 骨折を伴う骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 初老期における認知症 <input type="checkbox"/> 進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病 <input type="checkbox"/> 脊髄小脳変性症 <input type="checkbox"/> 脊柱管狭窄症 <input type="checkbox"/> 早老症 <input type="checkbox"/> 多系統萎縮症 <input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症・糖尿病性網膜症・糖尿病性神経障害 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 閉塞性動脈硬化症 <input type="checkbox"/> 慢性閉塞性肺疾患 <input type="checkbox"/> 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症		
審査会意見			
備考			
ケース番号	<input type="text" value="ケース番号"/>		

福祉事務所 受付日	月 日
--------------	-----

宛先自治体名

文書番号

宛先役職名

宛先氏名

敬称

領 収 書 (福祉用具等)

内訳合計金額

円

ただし、福祉用具等購入費用として、上記金額を領収いたしました。

【内訳】

内訳年月

内訳年月金額

領収日

領収年月日

住所

住所

氏名

ケース番号

ケース番号

バーコード・QRコード

担当員 地区担当員名

文書番号

発行年月日

宛先郵便番号

宛先住所

宛先氏名 敬称

郵便カスタマーバーコード

発行自治体名称

発行役職名

発行者氏名

生活保護費支給通知書

生活保護費について次のとおり支給しますので通知します。

- 1 支給対象月
- 2 支給方法
- 3 支給日
- 4 支給場所
- 5 振込先金融機関

6 支給保護費内訳

支給保護費内訳	生活扶助	住宅扶助	教育扶助	生業扶助
	<input type="text" value="生活扶助金額"/>	<input type="text" value="住宅扶助金額"/>	<input type="text" value="教育扶助金額"/>	<input type="text" value="生業扶助金額"/>
	その他	扶助費合計額	収入充当額	支給保護費合計
	<input type="text" value="その他金額"/>	<input type="text" value="扶助費合計金額"/>	<input type="text" value="収入充当金額"/>	<input type="text" value="支給保護費合計金額"/>

7 戻入額

において、 分の生活保護費が過払いとなっています。
つきましては、以下の戻入方法にて返還をお願いいたします。

8 戻入方法

9 備考

10 持ち物

ケース番号

問い合わせ先

担当員

宛先郵便番号

宛先住所

宛先氏名

敬称

郵便カスタマーバーコード

発行自治体名称

発行役職名

発行者氏名

印

生活保護法第63条返還金決定通知書

生活保護法第63条における返還金について、次のとおり決定したので通知します。

記

1 資力発生年月日

2 決定年月日

3 返還の理由

返還の理由

4 返還対象額

5 返還控除額

6 返還決定額

7 返還方法

8 返還期限

9 債権番号

(備考)

- (1)この決定に不服があるときは、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、知事に対し審査請求をすることができます(なお、決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、決定があった日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。)
- (2)上記(1)の審査請求に対する裁決を経た場合に限り、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、市を被告として(訴訟において市を代表する者は市長となります。)この決定の取消しの訴えを提起することができます(なお、裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、裁決があった日の翌日から起算して1年を経過すると決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。)。ただし、次の①から③までのいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないでこの決定の取消しの訴えを提起することができます。①審査請求をした日(行政不服審査法(平成26年法律第68号)第23条の規定により不備を補正すべきことを命じられた場合にあっては、当該不備を補正した日)の翌日から起算して50日(50日以内に行政不服審査法第43条第3項の規定により通知を受けた場合は70日)を経過しても裁決がないとき。②決定、決定の執行又は手続きの続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。③その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

(参考)

生活保護法第63条

被保護者が、急迫の場合等において資力があるにもかかわらず、保護を受けたときは、保護に要する費用を支弁した都道府県又は市町村に対して、すみやかに、その受けた保護金品に相当する金額の範囲内において保護の実施機関の定める額を返還しなければならない。

問い合わせ先

担当員

宛先郵便番号

宛先住所

宛先氏名

敬称

発行自治体名称

発行役職名

郵便カスタマーバーコード

発行者氏名

印

生活保護法第77条徴収金決定通知書

生活保護法第77条における徴収金について、次のとおり決定したので通知します。

記

1 資力発生年月日 2 決定年月日

3 徴収の理由

徴収の理由

4 徴収対象額 5 徴収控除額 6 徴収決定額 7 徴収方法 8 徴収期限 9 債権番号

(備考)

- (1)この決定に不服があるときは、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、知事に対し審査請求をすることができます(なお、決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、決定があった日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。)
- (2)また、この決定の取消しを求める訴訟を提起する場合は、行政事件訴訟法(昭和37年法律第139号)の規定により、この決定があったことを知った日から6か月以内に、知事を被告として、処分管轄地方裁判所に処分の取消しの訴えを提起することができます(決定があったことを知った日から6か月以内であっても、決定の日から1年を経過した場合には処分の取消しの訴えを提起することができなくなります)。

(参考)

生活保護法第77条

被保護者に対して民法の規定により扶養の義務を履行しなければならない者がいるときは、その義務の範囲内において、保護費を支弁した都道府県又は市町村の長は、その費用の全部又は一部を、その者から徴収することができる。

問い合わせ先

 担当員

宛先郵便番号

宛先住所

宛先氏名

敬称

発行自治体名称

発行役職名

郵便カスタマーバーコード

発行者氏名

印

生活保護法第77条の2徴収金決定通知書

生活保護法第77条の2における徴収金について、次のとおり決定したので通知します。

記

1 資力発生年月日 2 決定年月日

3 徴収の理由

徴収の理由

4 徴収対象額 5 徴収控除額 6 徴収決定額 7 徴収方法 8 徴収期限 9 債権番号

(備考)

- (1) この決定に不服があるときは、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、知事に対し審査請求をすることができます(なお、決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、決定があった日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。)
- (2) また、この決定の取消しを求める訴訟を提起する場合は、行政事件訴訟法(昭和37年法律第139号)の規定により、この決定があったことを知った日から6か月以内に、知事を被告として、処分管轄地方裁判所に処分の取消しの訴えを提起することができます(決定があったことを知った日から6か月以内であっても、決定の日から1年を経過した場合には処分の取消しの訴えを提起することができなくなります)。

(参考)

生活保護法第77条の2

急迫の場合等において資力があるにもかかわらず、保護を受けた者があるとき(徴収することが適当でないときとして厚生労働省令で定めるときを除く。)は、保護に要する費用を支弁した都道府県又は市町村の長は、第63条の保護の実施機関の定める額の全部又は一部をその者から徴収することができる。

2 前項の規定による徴収金は、この法律に別段の定めがある場合を除き、国税徴収の例により徴収することができる。

問い合わせ先

福祉事務所名

所属部 所属課 所属係

担当員 地区担当員名

電話番号 FAX番号

生活保護法第78条徴収金決定通知書

生活保護法第78条における徴収金について、次のとおり決定したので通知します。

記

- | | |
|--------------------|---------|
| 1 不正な手段により保護を受けた期間 | 不正受給期間 |
| 2 決定年月日 | 決定年月日 |
| 3 徴収の理由 | 徴収の理由 |
| 4 徴収対象額 | 徴収対象額 |
| 5 控除額 | 控除額 |
| 6 徴収加算額 | 徴収加算額 |
| 7 徴収決定額 | 徴収決定額 |
| 8 徴収方法 | 徴収方法 |
| 9 徴収期限 | 徴収期限年月日 |

(備考)

- (1)この決定に不服があるときは、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、知事に対し審査請求をすることができます(なお、決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、決定があった日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。)
- (2)また、この決定の取消しを求める訴訟を提起する場合は、行政事件訴訟法(昭和37年法律第139号)の規定により、この決定があったことを知った日から6か月以内に、知事を被告として、処分管轄地方裁判所に処分の取消しの訴えを提起することができます(決定があったことを知った日から6か月以内であっても、決定の日から1年を経過した場合には処分の取消しの訴えを提起することができなくなります)。

(参考)

生活保護法第78条

不実の申請その他不正な手段により保護を受け、又は他人をして受けさせた者があるときは、保護費を支弁した都道府県または市町村の長は、その費用の全部又は一部を、その者から徴収するほか、その徴収する額に百分の四十を乗じて得た額以下の金額を徴収することができる。

問い合わせ先

福祉事務所名

所属部 所属課 所属係

担当員 地区担当員名

電話番号 FAX番号

福祉事務所 受付日	月 日
--------------	-----

文書番号

履行延期申請書

宛先自治体名称

年 月 日

宛先役職名 宛先氏名 敬称

住所 申請者住所

氏名

私が納付すべき債務について、下記のとおり履行期限の延長を申請します。

記

1 債務名称 債務名称

2 債務決定日 債務決定年月日

3 債務金額 債務金額

4 履行延期期間 年 月 日 から 年 月 日 まで

5 履行延期の理由

6 その他 その他

分割納付誓約書

宛先自治体名称

宛先役職名	宛先氏名	敬称
-------	------	----

年 月 日

住所

申請者住所

氏名

私が納付すべき債務について、下記のとおり分割による納付を誓約します。
納付については期日までに、必ず完納することを誓約します。
なお、今後資力を得た場合には、納付方法およびその金額について、誠意をもって協議に応じます。

記

1 債務名称

債務名称

2 債務決定日

債務決定年月日

3 債務金額

債務金額

4 分割納付金額 履行期間 年 月 日 から 年 月 日 まで

納付金額 各月 円（最終月は 円）

納付期日 履行期間における各月の 日までに納付します。

様式番号

文書番号

生活保護法第78条の2の規定による保護金品等を徴収金の納入に充てる旨の申出書
(生活保護法第77条の2の2第1項に基づく徴収金の場合)

宛先自治体名称

宛先役職名 宛先氏名 敬称

私は、徴収開始年月 分からの保護金品等(保護費(金銭給付されるものに限る。))及び就労自立給付金をいう。

以下同じ。)より、毎月 円を 徴収金決定年月日 付費用徴収決定通知による法第77条の

2第1項の規定に基づく徴収金の支払いに充てることを申し出ます。

なお、申出の撤回または申出内容の変更を行わない限りにおいて、本申出に基づき、徴収金を全て納付するまで保護金品等から支払いに充てるものとします。

年 月 日

住所 住所

氏名

様式番号

文書番号

生活保護法第78条の2の規定による保護金品等を徴収金の納入に充てる旨の申出書
(生活保護法第78条第1項に基づく徴収金の場合)

宛先自治体名称

宛先役職名 宛先氏名 敬称

私は、不実の申告など不正な手段により保護を受けた場合は、生活保護法第78条の2に基づき、交付される保護金品等(保護費(金銭給付されるものに限る。))及び就労自立給付金をいう。以下同じ。)の額から、生活保護法第78条第1項に基づく徴収金のうち貴福祉事務所と協議し定める額について、当該保護金品等の交付期日をもって支払いに充てる旨を下記の内容について確認した上で、申し出ます。

なお、申出の撤回又は申出内容の変更を行わない限りにおいて、本申出に基づき、徴収金を全て納付するまで保護金品等から支払いに充てるものとします。

記

- 生活保護制度は、全額公費によってその財源が賄われていることから、不正受給はあってはならない。不正受給があった場合、生活保護法第78条に基づく徴収金は、必ず全額支払わなければならないものであること
- 不正をしようとする意思がなくても、申告漏れが度重なる場合は「不実の申告」と福祉事務所に判断される場合があること
- 徴収金の支払いに際して、一括して納付することが困難な場合には、家計の節約に努め、本申出の方法により保護金品等から支払いに充てること

年 月 日

住所 住所

氏名

年 月 日

私は、本申出に基づき 徴収開始年月 分からの保護金品等より、毎月 円を 徴収金決定年月日 付費用徴収決定通知による法第78条第1項の規定に基づく徴収金の支払いに充てるものとします。

文書番号

発行年月日

宛先郵便番号

宛先住所

宛先氏名 敬称

郵便カスタマーバーコード

発行自治体名称

発行役職名

発行者氏名

印

履行延期 決定事項 通知書

下記の債務に関する履行延期申請の 決定事項 について、通知します。

記

- 1 債務者氏名
- 2 債務名称
- 3 債務決定日
- 4 債務金額
- 5 履行延期期間
- 6 分割返還額
- 7 不承認の理由
- 8 その他

問い合わせ先

福祉事務所名

所属部 所属課 所属係

担当員 地区担当員名

電話番号

FAX番号

文書番号

発行年月日

宛先郵便番号

宛先住所

宛先氏名 敬称

郵便カスタマーバーコード

発行自治体名称

発行役職名

発行者氏名

印

分割納付 決定事項 通知書

下記の債務に関する分割納付申請の 決定事項 について、通知します。

記

1 債務者氏名 債務者氏名

2 債務名称 債務名称

3 債務決定日 債務決定年月日

4 債務金額 債務金額

5 分割納付金額 履行期間 分割納付期間

納付金額 各月納付 分割納付額 円（最終月は 最終納付額 円）

納付期日 履行期間における各月の 納付期日 日までに納付します。

6 不承認の理由 不承認の理由

7 その他 その他

問い合わせ先

福祉事務所名

所属部 所属課 所属係

担当員 地区担当員名

電話番号

FAX番号

宛先郵便番号

文書番号

宛先住所

発行年月日

宛先氏名

敬称

発行自治体名称

発行役職名

郵便カスタマーバーコード

発行者氏名

印

帳票種類 督促状

下記の債務について未納となっていますので、指定納期限までに納付してください。なお、この通知書が届く前にすでに納付された場合は行き違いですのでご了承ください。

記

1 債務者氏名 債務者名称

2 滞納債務

(1) 債務名称 債務名称

(2) 債務決定日 債務決定年月日

(3) 債務金額 債務金額

(4) 納入期限 納入期限年月日

3 納付済み額 納付済み額

4 滞納金額 滞納金額

5 指定納期限 指定期限年月日

6 その他 その他

7 債権番号 債権番号

(備考)

教示文

問い合わせ先

福祉事務所名

所属部 所属課 所属係

担当員 地区担当員名

電話番号

FAX番号

宛先郵便番号

文書番号

宛先住所

発行年月日

宛先氏名

敬称

発行自治体名称

発行役職名

郵便カスタマーバーコード

発行者氏名

印

帳票種類 催告書

下記の債務について督促状を送付しておりましたが、未納となっていますので指定納期限までに納付してください。なお、この通知書が届く前にすでに納付された場合は行き違いですのでご了承ください。

記

1 債務者氏名 債務者氏名

2 滞納債務

債務名称	債務決定日	債務金額	納入期限	納付済み額	滞納金額	指定納期限
債務名称	債務決定年月日	債務金額	納入期限年月日	納付済み額	滞納金額	指定期限年月日

3 その他 その他

問い合わせ先

福祉事務所名

所属部 所属課 所属係

担当員 地区担当員名

電話番号

FAX番号

様式番号
宛先郵便番号
宛先住所
宛先氏名 敬称
郵便カスタマーバーコード

文書番号
発行年月日

発行自治体名称
発行役職名
発行者氏名

印

生活保護法第27条第1項に基づく指導指示書

貴世帯に対して、生活保護法第27条第1項の規定により、下記の事項について文書で指示をします。
正当な理由なく履行期限までに指示事項に従わない時は、同法第62条第3項の規定により保護の変更、停止又は廃止をすることがあります。

1 指示事項・内容

指示事項・内容

2 履行期限

履行期限年月日

生活保護法(抜粋)

第27条 保護の実施機関は、被保護者に対して、生活の維持、向上その他保護の目的達成に必要な指導又は指示をすることができる。

2 前項の指導又は指示は、被保護者の自由を尊重し、必要の最少限度に止めなければならない。

3 第1項の規定は、被保護者の意に反して、指導又は指示を強制し得るものと解釈してはならない。

第60条 被保護者は、常に、能力に応じて勤労に励み、支出の制約を図り、その他生活の維持、向上に努めなければならない。

第62条 被保護者は、保護の実施機関が、第30条第1項ただし書の規定により被保護者を救護施設、更生施設若しくはその他の適当な施設に入所させ、若しくはこれらの施設に入所を委託し、若しくは私人の家庭に養護を委託して保護を行うことを決定したとき、又は第27条の規定により、被保護者に対し、必要な指導又は指示をしたときは、これに従わなければならない。

3 保護の実施機関は、被保護者が前2項の規定による義務に違反したときは、保護の変更、停止又は廃止をすることができる。

4 保護の実施機関は、前項の規定により保護の変更、停止又は廃止の処分をする場合には、当該被保護者に対して弁明の機会を与えなければならない。この場合においては、あらかじめ、当該処分をしようとする理由、弁明すべき日時及び場所を通知しなければならない。

問い合わせ先

福祉事務所名
福祉事務所郵便番号
福祉事務所住所
所属部 所属課 所属係
担当員 地区担当員名
電話番号
FAX番号

申請番号

ケース番号

生活保護受給証明書

住所	住所		
世帯主氏名	世帯主氏名		
続柄	氏名	生年月日	受給期間
続柄	氏名	生年月日	受給期間

扶助の種類

使用目的

宛先

上記の世帯は による保護を受給していることを証明します。

福祉事務所 受付日	月 日
--------------	-----

文書番号

生活保護受給証明書発行申請書

宛先自治体名称
 宛先役職名 宛先氏名 敬称

年 月 日

申請者住所 申請者住所

申請者氏名

生活保護受給証明書の発行について、下記のとおり申請します。

提出先	
使用目的	

被保護世帯住所	被保護世帯住所	
氏名	続柄	生年月日
被保護世帯員氏名	被保護世帯員続柄	被保護世帯員生年月日

QRコード・バーコード

宛先郵便番号

宛先住所

宛先氏名

敬称

発行自治体名称

発行役職名

郵便カスタマーバーコード

発行者氏名

印

生活保護法 介護扶助決定通知書

申請年月日 付で申請のあった生活保護法による介護扶助について、次のとおり決定したので通知します。

記

1 判定結果

判定結果

2 判定理由

判定理由

3 認定有効期間

認定有効期間

4 指定介護機関

指定介護機関

5 介護サービス種類

介護サービス種類

6 遅延理由

遅延理由

(備考)

- (1)この決定に不服があるときは、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、知事に対し審査請求をすることができます(なお、決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、決定があった日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。)
- (2)上記(1)の審査請求に対する裁決を経た場合に限り、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、市を被告として(訴訟において市を代表する者は市長となります。)この決定の取消しの訴えを提起することができます(なお、裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、裁決があった日の翌日から起算して1年を経過すると決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。)。ただし、次の①から③までのいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないでこの決定の取消しの訴えを提起することができます。①審査請求をした日(行政不服審査法(平成26年法律第68号)第23条の規定により不備を補正すべきことを命じられた場合にあつては、当該不備を補正した日)の翌日から起算して50日(50日以内に行政不服審査法第43条第3項の規定により通知を受けた場合は70日)を経過しても裁決がないとき。②決定、決定の執行又は手続きの続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。③その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

問い合わせ先

福祉事務所名

所属部

所属課

所属係

担当員

地区担当員名

電話番号

FAX番号

様式番号

文書番号

宛先郵便番号

発行年月日

宛先住所

宛先氏名 敬称

発行自治体名称

発行役職名

郵便カスタマーバーコード

発行者氏名

印

生活保護法による医療扶助のはり・きゆうの受療連絡票

下記の者については、はり・きゆうを受療することを承認したのでご連絡いたします。
なお、下記期間中に病状の変化等により当該疾病についての医療が必要となった時には、当福祉事務所へ直ちにご連絡ください。
その旨を、当方より施術者へ通知します。

記

- 1 被保護者氏名
- 2 被保護者生年月日
- 3 被保護者住所
- 4 承認期間
- 5 傷病名

問い合わせ先

担当員

境界層該当証明書
(指定難病の患者に係る特定医療費)

住所

氏名 (生)

上記の者及びその世帯員は、世帯の収入が最低生活費を上回るため、生活保護が となりましたが、 及び保護を要しない理由は、下記のとおりであることを証明します。

記

(1)

(2) 保護を要しない理由

1 特定医療の負担上限月額を減額を要する場合

「特定医療費負担減額相当」であるため、負担上限月額を 円に減額することにより、保護を要しないため。

印

文書番号

発行年月日

住所 境界層該当者住所

氏名 境界層該当者氏名

発行自治体名称

発行役職名

印

発行者氏名

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律における境界層対象者証明書

上記の者(及びその世帯員)は、世帯の収入が最低生活費を上回るため、決定区分1 となりましたが
決定区分2 及び保護を要しない理由は、下記のとおりであることを証明します。

記

(1) 決定区分2 決定年月日

(2) 保護を要しない理由

理由