(別紙5) 帳票レイアウト

業務

生活保護 -

	帳票タイトル
_	01.給与証明書
Ŀ	02.資産申告書
ŀ	03.収入申告書
H	04.住宅補修計画書
F	05.生業計画書
H	06.葬祭扶助申請書
F	07.同意書
F	08.保護申請書
	<u>09.検診書</u> 10.検診命令書
L	11.検診料請求書
L	12.29条調査依頼書(共通)
Ė	13.29条調査依頼書(銀行本店一括)
F	14.29条調査回答書(銀行支店・その他金融)
F	15.29条調査回答書(銀行本店一括)
-	16.29条調査依頼書(その他)
F	17.29条調査依頼書(生命保険一括)
F	18.29条調査回答書(その他)
	19.29条調査回答書(ハローワーク) 20.29条調査回答書(課税)
Ļ.	21.29条調査回答書(固定資産)
L	22.29条調査回答書(自動車)
Ė	23.29条調査回答書(生命保険一括)
Ė	24.29条調査回答書(年金)_
-	25.扶養義務調査依頼書
F	26.扶養届書
F	27. 境界層該当証明書
F	28.生活保護費支給明細書(都道府県用)
r	29.保護決定通知書 30.保護申請却下通知書
	30.休设中间如下通知音 31.進学準備給付金支給(不支給)決定通知書
L	32.進学準備給付金申請書
L	33.就労自立給付金申請書
H	34.保護廃止(停止)通知書
F	35.就労自立給付金決定通知書
F	36.求職活動状況・収入申告書
F	37.個人票A
	38.収入申告書(保護継続中・日額給与記載用) 39.収入申告書(保護継続中・月額給与記載用)
	40.被保護者就労準備支援シート【計画書】
L	41.被保護者就労準備支援シート【評価書】
Ė	42.医療要否意見書
$\vdash$	43.診療依頼書(入院外)
-	44.生活保護法医療券•調剤券
F	45.精神疾患入院要否意見書
	46.保護変更申請書(傷病届)様式第12号 47.保護変更申請書(傷病届)様式第17号
Ľ	47.休護変更中請責(陽納油/株式第1/5 48.訪問看護に係る利用料請求書
L	49.給付要否意見書(所要経費概算見積書)
F	50.治療材料券·治療材料費請求明細書
Ė	51.給付要否意見書(あん摩・マッサージ、はり・きゅう)
F	52.給付要否意見書(柔道整復)
F	53.施術券(あん摩・マッサージ)
F	54.施術券及び施術報酬請求明細書(はり・きゅう)
	55.施術券及び施術報酬請求明細書(柔道整復) 56.長期入院患者に係る診療報酬請求書
L	57.生活保護法介護券
F	58.適用除外施設入所者情報連絡票
H	59.被保護者異動訂正連絡票(国保連用)
H	60.被保護者異動連絡票(国保連用)
$\vdash$	61.被保護者異動連絡表(支援事業者用)(指定居宅介護支援事業者用)
-	62.被保護者情報連絡表(保険者用)
F	63.介護給付費公費受給者別一覧表
_	64.27条指導指示書

文書番号

# 給 与 証 明 書

年 月 日

住 所 事業所(雇主) 電話番号

宛先自治体名称 宛先役職名

宛先氏名

敬称

次のとおり証明します。

氏	名													(歳	(;	職名	職務内容										
居住	主地															及 び	内容										
	基	•	本			給					F	円		所	÷		得	•	;	税							円
	日	給	i (	日	分	)								健	1	康	保	険	: :	料							
	家	族		手		当								厚	. 生	E 年	金	保	)	料							
44	地	域	,	手		当							٠	失	:	業	保	険	: :	料							
給					Ξ	手当							控														
与				3	交通	費							除														
額													額														
台只													台具														
		小	į	計(イ	()										1	j١	Ī	†(¤	I)								
	;	差	引	支	ξ	給	額	(イ)	一(口)				+														
	2月の									月.	分		摘要														
手 ———	取額									月	分																
(備考	多実裏( りさ不		ot:	ことる	を記	E明し	.た場	合に	は、生	活	呆護	去第8	5条の	規定	1=	よっ	て処	1罰	₹	いる。	رح ـ	があ	りす	<b>ます</b>	からん	卸注	意

期限年月日

# (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

住所

年 月 日

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

' ' '	5) IX									
				延面積	所有者氏名	所	在	地		抵当権
	(1) 宇	き 地	有·無							有
土			***							無
	(0)	- J.M.	有							有
	(2) 日	日 畑	有·無							• /m:
地										無
	(3) <sub>L</sub>	山林	有							有
	7	の他	有 無							• 無
				77 1=	= + + + + +	=r		Life		
	(1)			延面積	所有者氏名	所	在	地		抵当権
		持 家								
7-11	   <sub>早</sub>	借家·借間								有
建	居住用	いずれかを	. ]							•
	用	いずれがる								無
物		下さい	•					(家賃	円)	
793		ι .	J							
	(2)	その他	有							有
			無							•
	1		<del>                                    </del>		I	I				無

#### 2 現金・預貯金、有価証券等

_ 302 33(3) 22 ( 1)						
現金	有・無					Ħ
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。	<u> </u>	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。)

#### (裏 面)

				1,20						
		契	約	先	契	約	金	保	険	料
	有									
生命保険										
	無									
	有									
その他の保険										
	無									

#### 3 その他の資産

自動車	有	使用状況	所有者氏名	車 種	排 気 量	年 式
(自動二輪・原動機	•	使 用				
付き自転車を含む)	無	未 使 用				
貴 金 属	有	品名				
貝並属	無					
その他	有					
高価なもの	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〇で囲んで下さい。土地については借地等の場合も記入して下さい。
- (3) 有を〇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

<del>_</del> + + + > \	
加先日为体外	Ⅰ Ⅰ宛先役職名
<b>夗</b> 无目治体名杯	

宛先氏名

敬称

年 月 日

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

関いて付た収入											
働いている	仕事の内容 勤め先(会	ᅜ	分	当月分	前3か月分						
働いている 者 の 名 前	社名)等	区		(見込額)	( )月分	( )月分	( )月分				
		収	入								
		必要約	圣費①								
		就 労	日数								
		収	入								
		必要約	圣費②								
		就労	日数								
		収	入								
		必要約	圣費③								
		就労	日数								
必要経費	1										
(前月分)	2										
の主な内容	3										

2 恩給・年金等による収入(受けているものを〇で囲んで下さい。)

	並ずによる状代(文) ているものとして囲んですとい。)	
	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 円 年額 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 円 年額 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 円 年額 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	仕送りによる収入	円	
無	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。) 1

QRコード・バーコード

ケース番号

担当者

4 その他の収入(前3か月間の合計を記入して下さい。)

<u> </u>			
		内容	収 入
有	生命保険等の給付金		Ħ
· 無	財 産 収 入 (土地、家屋の賃貸料等)		円
	その他		н

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。)

	内	容	収入見込額
有			Д
- -			1 1
無			

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	τ	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、その有無について〇で囲んで下さい。有を〇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。

書番号	住	宅 補 修	計画書		申請者氏名				
建物(規模	の 構造								
補修を必要とする状況	1 破損の物								
	品	名	規模	単価	i価×数量= 数量	金額 金額	-	ŧ	考
補修									
のた									
めに									
必									
と									
必要とする費用									
用用									
の内							_		
訳									
見積書		年月日					年	月	日
榎	住	所							

QRコード・バーコード

氏

名

# 生業計画書

申請者 氏 名

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
  - イ 収入をあげ得る時期
  - 口 収入見込額
  - ハ 収入をあげるために必要な材料代その他の費用
  - 二 利益(口からハを引いた額)

# 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。

年 月 日

申請者住所 氏 名

宛先自治体名称 宛先役職名

宛先氏名

敬称

記

死者	氏 名						ź	<b>手</b> 月	日			を行う の関係					
有	死 亡年月日			年	J	₹	日	死亡時( 住所又)		所							
葬	祭予定	日								·			年	月	日		
葬	祭費		遺	留	金	額		差	引	不	足	額		備		考	

#### 意 書 同

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。

- 氏名及び住所又は居所
- ・ 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。)
- 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
- ・ 支出の状況

※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

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

IB 7	- /÷ / ·	ズハス L‐	- z				現在のところ	1-1+7	14 H +	_ n± #A					
- 現1	エ注ル	でいるとこ	-0					現住のところ	に注め	·好口(X) /:	可别		福	祉	
					申請	者電話	番号	年	月	E	3	務 年	所 月	受 日	1ग
	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														
家	3												町		
族の	4											場月	受 日	付	年
状	5														
況	6											1			
	7											1			
	8														
家族のうち別なところに住 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)															
	資産の	状況(別	添1)	収入の	の状況(別添	2)		関係先照会	への同	意(別	添3)				
援助をしてくれる	者の状	帯主又は 族との関		氏	名	住		所		で受け <i>が</i> 呼来の					
الم	況											-			
くれ												-			
る															
保訓	隻を申記	清する理	由(具体	的に記入し	て下さい。)										
F		ここり 相違が	ないので	生活保護	法による保証	護を由言	1.ます					1			
	D 47 C 0					<b>х</b> е-т и	,000,	0							
		年	月	日	申請	者住所	Ť								
							氏名								
宛	先自治	<b>体名称</b>	宛先	役職名	1	呆護を引	受けよう	さする者との	関係						
宛	先氏名	<u> </u>			敬称										

#### (記入上の注意)

- 1. ※印欄には記入しないで下さい。
- 2. 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。
- 3. 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。

宛先自治体名称 宛先役職名

宛先氏名

敬称

福祉事務所受領印

\*

**発行年月日** 交付 文書番号

検 診 書

検査を受ける者の 居住地及び氏名

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

記事

 $\bigcirc$ 

※福祉事務所 福祉事務所

嘱託医意見

(EI)

(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。

QRコード・バーコード

発行主体郵便番号

発行主体住所

発行主体電話番号

発行主体名称

担当者

発行年月日 交付 文書番号

検診命令書

年 月 日

検査を受ける者の 居住地、氏名、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
- 2 検診を受ける場所
- 3 検診を行う医療機関の名称 所在地及び担当医師等氏名
- 4 検診理由
- 5 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。

発行主体の郵便番号

発行主体の住所

発行主体の名称

発行主体の電話番号

担当者

宛先自治体名称 宛先役職名

宛先氏名

敬称

検診料請求書 福祉事務所受領印

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

取引金融機関

銀行·信金 信組·労金 本支店 当座No.

普通No.

金融機関コード

フリガナ 名義人

次のとおり請求します。

受	•	診	者		年 月 日(満 歳)( 性別
居	†	住	地		
	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	Р	精神障害者保健福祉手帳診断書料
請求額					その他( )
額					(診断書等作成日 年 月 日)
a					
	合		計	円	P

(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。

発行主体の郵便番号

発行主体の住所

発行主体の電話番号

発行主体の名称

担当者

様式番号 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―バ-

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

囙

# 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。

※ 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。

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 調査対象者旧住所1郵便番号 旧 住 所 1 調查対象者旧住所1 調査対象者旧住所2郵便番号 旧住所2 調查対象者旧住所2 調査対象者旧住所3郵便番号 旧 住 所 3 調査対象者旧住所3 調查対象者旧住所4郵便番号 旧 住 所 4 調查対象者旧住所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

名 旧姓カナ 性別 生年月日 姓 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

口座名義人

口座科目

口座番号

調 査 事 項

┃調査時点年月日┃ 現在

※ 調査事項の詳細は、回答書をご参照ください。

#### (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。

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。)

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ったときには、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。

~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。)

発行主体の郵便番号

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。

発行主体の住所

発行主体の名称

発行主体の担当部課名称

職名

|発行主体の電話番号|

申請番号

| ケース番号 014

担当者電話番号

担当者

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―バーコード

生活保護

本店等一括照会

文書番号From~To

発行年月日

発行自治体名称 発行役職名

発行者氏名

発行役職名 福祉事務所番号 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(第 号- )~(第 号- )記載の調査対象者(計 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

職名1

回答先の名称

担当部署 回答先の担当部課名称

担当者 担当者1

連絡先回答先の連絡先

申請番号1 ケース番号1

(別紙)

# 〔調査対象者に関する情報〕

		+					
		カナ		カナ	性別		
		氏名		旧姓	生年月日	年 月	l B
世帯主	1	カ ナ(※)					
<u> </u>		現住所	現住所郵便番号 現住所	<del>1</del>			
	2	カナ		カナ	性別		
		氏名		旧姓	生年月日	年月	日
	3	カナ		カナ	性別		
世帯員	. s	氏名		旧姓	生年月日	年 月	l B
員	4	カナ		カナ	性別		
	4	氏名		旧姓	生年月日	年 月	日
	5	カナ		カナ	性別		
	<u></u> 5	氏名		旧姓	生年月日	年月	日

<sup>(※)</sup>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	普通	口座						
			店	目	( )	番号						
名義人名	店 番	店 名		科目	普通	口座	-	-	     			
			店	目	( )	番号						
名義人名	店番	店 名		科 目	普通	口座		İ		; 	     	ı
			店	目	( )	番号		 	     	     	.       	
名義人名	店番	店 名		科目	普通	口座						
			店	目	( )	番号						ı
名義人名	店番	店 名		科目	普通	口座			     			
			店	目	( ) 番号						.       	

_	Ŀ	æ	#	7
	11	Ш	Æ	
٠.	- 14	ш	~	-

Cr. 417

以 上

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)

回年	答 月 日												
調	査 先								フリガラ	ナ			
名	称							世	帯主氏	氏名			
住	所	調査先	郵便番号	-				(	居住地 現住原	也 斤)		調査対象	世帯電話番号
員番号	氏続	ガ ナ 名 柄 € 月 日	性別		預 口 預	貯	金 座 金	の 番 残	種	類号高	備		考
1													
備	考							- <del> +</del>					

QRコード・バーコード

申請番号

ケース番号

<u>交付番号</u> 地区

調査時点年月日 担当者

起案年月日

**尺** 生 季 昌

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)

回年	答 月 日																					
調	査 先						•					フリ	ガナ	_								
名	查 先 称										世	帯:	主氏	:名								
住	所	調査	<b>先</b> 垂	<b>『便</b> 都	号						(	居 (現	住地 住所	! <del>:</del> )			訂	查対	象世	:帯電	話	番号
員番号	フ氏続生		名 柄	性	別		銀支預口預	貯	J	金 座 金	の 番 残	種		行店類号高	付	#					考	
1																						
備	· 考																					

QRコード・バーコード

調査時点年月日担当者

<u>ケース番号</u> 発行年月日 お客年日日 交付番号 地区 民生委員 様式番号 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―バーコ-

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

囙

# 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。

※ 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 回答期限年月日 回答期限年月日 調査対象者郵便番号 調査対象者 住 所 | 調査対象者住所 調査対象者旧住所1郵便番号 旧 住 所 1 調查対象者旧住所1 調査対象者旧住所2郵便番号 旧住所2 調査対象者旧住所2 調査対象者旧住所3郵便番号 旧 住 所 3 調査対象者旧住所3 調査対象者旧住所4郵便番号 旧 住 所 4 調査対象者旧住所4 旧 住 所 5 調查対象者旧住所5郵便番号 調査対象者旧住所5 性別 氏 名 旧 姓 旧姓カナ 生年月日 調査対象者氏名 カ ナ 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

調査事項調査事項

#### (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。

- 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。)
- 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ったときには、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。

発行主体の郵便番号 発行主体の住所

発行主体の名称

発行主体の担当部課名称

|発行主体の電話番号|

| ケース番号 | 19 申請番号

担当者

職名

文書番号 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―バーコード

<u>発行自治体名称</u> <u>発行役職名</u> 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

回答期限年月日

- 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>

〇保険証券番号 〇保険の種類 〇契約年月日 〇満期年月日

〇保険契約者名 〇被保険者名 〇保険金の受取人

〇保険金額(満期·死亡·災害死亡) 〇保険料

〇解約返戻金額 O積立配当金額 O貸付残高

3. 調査対象年月日 調査対象年月日

\_\_\_\_\_

【連絡先】 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

回答送付先の名称

担当課 担当者 職名

申請番号 ケース番号

文書番号 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―バーコード

発行自治体名称 発行者氏名 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

回答期限年月日

- 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)			
3. 調査	対象年月日	調査対象年月日			
【連絡先】	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	)名称			
	担当課		担当者	職名	

申請番号 ケース番号

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 年	? 月 B	<b>答</b> 目						
囯	杏 4	#			•	フ!	Jガナ	
名	查力	尓					主氏名	
住	Ē	<sub>近</sub>	調査先垂	<u></u> 图便番号		居(現	住地 住所)	調査対象世帯電話番号
員番号	フ氏続生	リ 年	ガ ナ 名 柄 月	性別	備	考		
1								
備	考							

QRコード・バーコード

申請番号 調査時点年月日 担当者

<u>ケース番号</u> <u>発行年月日</u> 起案年月日 交付番号 地区 民生委員

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(ハローワーク)

回答	年月	月日																																													
=m *	# 4	7 14																								フリ	Jガ <sub>ラ</sub>	<del> </del>																			
調査	九 3	5 柳																								世帯	主日	名																			
住		所	調査	先郵	便都	番号																			居	住地	(現	住所	)													調	查対	象世	帯電	話	番号
員番号	氏 続柄	ガ ナ 名 i 性別 E 月 E	- 受 3 保 刂	給資金。	の	有	無類	雇雇雇用	用用用用用用用用用用用用用用用用用用用用用用用用用用用用用用用用用用用用用用用	保保院院	険 経給	· 受 所 合 付 寸期	定常開間	金給分益	t 合 寸 E 年 J	計劃日期日	基基日日	本本雇雇	手 	手労働	á 当 働 者	以加加	外者付金	の 外 給金	経のと対象	i 付給 給付 計開	付金始	三月	E	日 額 額 日	職業傷傷傷	<ul><li>訓約</li><li>病</li></ul>	東受 月 月 手	講給 日 E	付金 以 当	è支; 降 ( 給	給月 の ま 作	額( と 糸 す	通履病金	f手: 歴	当に ( 支	:つい え給 支	いて <del>t</del> 日 給	うだ。 、ま	回答・ え 給 の	くだ: 金 種	額) 名 類
1																																															
備考																	•						0	23																							

QRコード・バーコード

申請番号

ケース番号 地区

交付番号 担当者

調査時点年月日 発行年月日 起案年月日

民生委員

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)

回年	答 月 日																									
調	査 先												T	-	フリ	ガナ	<b>-</b>									
名	称													世	带主	È氏	名									
,_	=r	調査	<b>£</b> 先垂	<b>『便</b> 番	号										居住	主地	1									
住	PJT														現住					[	調査	對	象†	世帯	電記	話番号
員番号	フ氏続生		名 柄	性	別		年所長市扶	得	の	Ì	• 県	短	額族	į( 期 民		穣	(V) 後 (税) 数	社生備	会命	保保	険険	料料	控控	除除	の	額額
1																										
備	考																									

QRコード・バーコード

申請番号 調査時点年月日

テース番号 発行年月日 起案年月日 交付番号 地区 民生委員

担当者

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)

回年	答 月 日																							
調	査 先					<u> </u>						リガ												
名住	称 —— 所	調査先郵	『便番号	]							世界	引生:	地	1				E	⊥	1 42		· == :	-T 107	
員番号	フリ氏続	ガ ナ 名 柄 『月日	性別	土地	地 目 格 屋	課 ≉	列 地 党 標	近 1 1 1 1 1 1 1 1	在積額	事事	面	(注) (注) (注) (注) (注) (注) (注) (注) (注) (注)	<u> </u>	種 始	年	月	課取評決定	 標準 価 桁 額 (	S(資 資	資産 産産	Eの の和 の種	 種类 重類	更ご [ご。 ご。	(الح)
1																								
備	 考																							

QRコード・バーコード

申請番号 調査時点年月日

ケース番号 発行年月日 交付番号 地区

担当者

起案年月日

<u>宛先郵便番号</u>

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)

回年	答 月 日																							
調	査 先												フリ	ガナ										
名	称											Ħ	世帯 :	主氏:	名									
住	所	調査	先垂	<b>『便</b> 番	号								居位	主地	)				調査	対	象世	世帯 '	電話	番号
員番号	フ氏続生		名 柄	性	削		所	有	者有	の台氏氏	名者	番 又	は 住	名	号称所	租	家	年月別用				用	ァ カラ	金
1																								
備	考																							

QRコード・バーコード

調査時点年月日担当者

ゲース番号 発行年月日 起案年月日 交付番号 地区 民生委員

宛先氏名

敬称

文 書 番 号 <u>文書番号</u> 照 会 日 <u>照会日</u>

# 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) ケース番号	₹	住 所	備考	該当
1								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 〒
(住所)
(回答会社·部署·担当名)
TEL:

QRコード・バーコード 申請番号 交付番号 地区 担当者

発行年月日 起案年月日 民生委員

様式番号 号 発第 宛先郵便番号 月 日 |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) 回答文 記 1 照会対象者 カナ 氏名 生年月日 2 回答事項 年金受給の有無 【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 老齡基礎年金·老齡厚生年金·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 В ウ 受給権発生年月日 年 月  $\Box$ 工 年金額 年金の種類 年金支払額 支給停止額 改定年月 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) ( )厚生年金 支払年月日 ( )基礎年金 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 月 日 支給額 円 年 月 日 支給額 遅延特別加算金支給年月日 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 有•無 支給額 受給の有無 円 受給者カナ氏名 続柄 支給年月日 年

【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】

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

担当者

起案年月日民生委員

宛先郵便番号

宛先住所

宛先氏名 敬称

文書番号 発行年月日

宛名欄備考情報

郵便カスタマ―バーコード

発行自治体名称 発行者氏名 発行者氏名

印

#### 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<u>続柄</u>にあたる <u>要(被)保護者氏名</u> 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。

つきましては、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、別紙扶養届書により 年 月 日までにご回答ください。

要(被)保護者

要(被)保護者住所要(被)保護者氏名

(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。

問い合わせ先問い合わせ先役所名

問い合わせ先所属係

担当者

問い合わせ先電話

宛先自治体名称 宛先役職名

宛先氏名

敬称

#### 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 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	)
将来的な支援の意思	有・無	<u> </u>
支援の開始時期	年 月から(又は既に行っている)	<u> </u>
具体的な支援の内容及び頻度		
	※緊急連絡先(雷話番号 – – )	

2 金銭的な援助について

- 100 H J O-100-101	
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

氏       名       続柄       生年月日       職業       勤務先       平均月収額         上記のうち       照会者氏名       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       ①家屋 ㎡(坪)       ②宅地 ㎡(坪)         無       ③田畑 ㎡(坪)       ④山林等 ㎡(坪)         (3) 負債の状況       有       負債の内容       返済月(年)額       返済の終了予定         ・       住宅ローン       円	(1) 家族構成•収	スス等の状況														
本人   円			生年月日	職	業	勤	務	先	平	均	月	収	額			
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		本人														
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																
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																
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																
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																
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	上記のうち	①税法上の扶養控除を受けている者の氏名														
(2) 資産の状況     有 ・ 無     ①家屋 ㎡(坪)     ②宅地 ㎡(坪)       (3) 負債の状況     有 ・ ・     負債の内容 ・ ・ ・     返済月(年)額 ・ ・ ・     返済の終了予定 ・ ・		①税法上の扶養控除を受けている者の氏名														
(3) 負債の状況     有 ・     負債の内容 ・     返済月(年)額 ・     返済の終了予定 ・	②会社等から家	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)														
(3) 負債の状況     有     負債の内容     返済月(年)額     返済の終了予定       ・     住宅ローン     円	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)															
† 住宅ローン 円		· 無	③田畑 m	㎡(坪)			4	山林等	m³(坪	)						
住宅ローン円	(3) 負債の状況	有	負債(	の内容		返済	有(年	三)額	返	済σ	)終	了予	定			
fr = 11 ( )		:	住宅	ローン				F	3							
無   その他( )		無	その他	j( )												
(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()	(4) 健康保険等(	の加入状況	①国民健康	東保険	26	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 については被扶養者として		上記で①以	外に加入し	ている	場合	照会	5氏名	[] につ	ハては	被技	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		①認定されている	2認定され	れていた	はい	③認定手	−続を	取るつも	لار							

4 緊急時の対応について

万一対象者が死亡した場合の葬祭の意思 有・無

ケース番号 世帯員番号

担当者

# (記入上の注意)

- 1 該当するものを〇で囲み、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。

030

# 境界層該当証明書

文書番号

宛先郵便番号

住所宛先住所

氏名 宛先氏名

敬称 (<u>生年月</u>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(申請却下・廃止)となりましたが、(却下に係る申請日・廃止日)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) 却下に係る申請日・廃止日 申請年月日・廃止年月日
- (2) 保護を要しない理由 <u>理由</u> 境界層該当措置による 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(介護保険法第いう。)が行われない。	69条第1項に規定する給付額減額等の記	載を
	特定介護サービス等に係る居住費 て保護を必要としなくなるまで、以 <sup>-</sup>	等の負担限度額又は特定負担限度額に <sup>。</sup> Fの額が段階的に適用される	סני
	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」	
(2)	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)	要としなくなるまで、1日につき「650	負担限度額又は特定負担限度額が保護: 円」、「390円」又は「300円(平成17年厚生 ミ満の額にあっては、当該額)」が段階的に	労働
(4)	者負担世帯合算額をいう。)を「2万	法施行令第22条の2の2第2項に規定する 4600円」又は「1万5000円」と読み替えて高 獲予防サービス費をいう。)が適用される。	高額介
(5)	保険料額が、保護を必要としなくな 合を乗じて得た額に減額する。	るまで、市町村が条例で定めるより低い橋	<b>漢準割</b>
	滅額される自己負担	目額(月額)の合計額	

<sup>(2)</sup>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、金額の間に、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。

支給タイミング

支給年月日

関係機関コード(From ~ To)

支給場所

頁

発行年月日 ケース番号(From ~ To)

発行方法

		7611 7711				17 (I I O I I I		7611									尺
地区(	町 村)						生活保護	雙費支給	明細書	(金	円也 外	名	渡)				
口座 番号	ケース 番号	被保護 世帯氏名	生活扶助	住宅扶助	教育扶助	生業扶助	追加扶助	期末一時 扶助	紙おむつ	移送費 (生)	移送費 (医)	住宅 一時扶助	その他 一時扶助	合計	支給月日	記名 欄	摘要
			円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	月日		
															月日		
															月日		
															月日		
															月日		
															月日		
															月日		
															月日		
															月日		
															月日		
															月日		
															月日		
															月日		
															月日		
															月日		
															月日		
															月日		
															月日		
															月日		
															月日		
小計																	

<sup>1</sup> 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。

<sup>2</sup> 使用の際、規格は、日本標準規格A4とし、氏名欄は20欄設けること。

様式番号 宛先郵便番号

文書番号 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

発行者氏名

印

┃郵便カスタマ―バーコード┃

開始

保 護 決定通知書(控)

変更

通知文

記

保護の決定内容・認定任日日・決定した理由

1. 休設の人と内台・畝と十万日・人とした生田						
決定内容	認定年月日	1	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	扶助	扶助	合計(a)

最低生活費 円 円 円 円 円 円 収入充当額 円 円 円 円 円 円 決定した額 円 円 円 円 円 円

一時扶助(b)					合計
種類					(c=a+b)
金額	円	円	円	円	
支給区分					円

Cの金額のうち別途送金額						費用徴収額
(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)	円	円	円	円	円	円

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 本人支払額 円

3. 支給日、支給方法及び実際に支払われる金額

支給日	支給方法	実際に支払われる金額
		金額 内訳

#### (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)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。

ケース番号 担当者 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―バーコード

発行自治体名称 発行役職名

発行役職名 発行者氏名

印

## 保護申請却下通知書(控)

保護申請日 付で申請された生活保護法による保護については、下記の理由で保護できないから却下します。 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。

記

- 1 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

担当者

保護申請日 付けで申請された「生活に困窮する外国人に対する生活保護の措置について」(昭和29年5月8日 社発第382号厚生省社会局長通知)に基づく生活保護の措置については、以下の理由で保護できないから却下します。

(却下の理由)

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―バーコード

発行自治体名称 発行役職名

発行役職名 発行者氏名

印

進学準備給付金支給(不支給)決定通知書(控)

通知文

記

- 〇 支給の可否
  - □ 支給
  - □ 不支給
- 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

○ 不支給の場合、その理由

不支給の理由

〇 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っては、当該不備を補正した日)の翌日から起算して3か月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。

担当者

文書番号	進学準備給付金申請書	
<u>宛先自治体名称</u> <u>宛先役職名</u> 宛先氏名	]	
	— 申請者 (大学に進学する者)	住所又は居所
	(人子に進子する日)	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		
2 大学等に進学する者の生年月日	<u>年月日</u>	
3 進学先 学校名		
4 進学後の居住先(該当する口にチェッ		(ださい。) 
する書類等の写し (2)進学に伴い転居する場合は、新た (3)その他支給決定にあたり必要な	・書類の写し こと)を申請した書類の写し 進学先に提出する誓約書や進学先 たに居住する住居の賃貸借契約書 書類 ない場合については、進学する学	たが発行する入学手続が完了したことを証明 等の写し 校の合格通知書や賃貸借契約時の見積書
6 進学準備給付金振込先(大学等に進		
金 融 機 関 名 (該当する金融機	銀行・信用金庫・信用組合 関の種類に〇をしてください。)	
支 店 名	支店( <u>ゆうちょ銀行除く</u> )	
記号	支店( <u>ゆうちょ銀行のみ記載</u> )	
	口 当座預金 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 )		

※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。

QRコード・バーコード

担当者

# 就労自立給付金申請書

下記のとおり、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
		年 月 日
		( 歳)
		年 月 日
		( 歳)
		年 月 日
		( 歳)
		年 月 日
		( 歳)

上記のとおり相違ありません。

年 月 日

申請者 住所又は居所

氏名

宛先自治体名称 宛先役職名

宛先氏名

敬称

地区担当員

QRコード・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

発行役職名 発行者氏名

印

宛先郵便番号

宛先住所

宛先氏名 敬称

郵便カスタマ―バーコード

廃止 保護 決定通知書(控) 停止

通知文

記

廃止 停止した保護の種類

扶助種類名称

2 停止する期間

保護停止年月日

3 廃止する時期

保護廃止年月日

4 理 由

決定理由

(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っては、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。

ケース番号

文書番号

就労自立番号

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―バーコード

発行自治体名称 発行役職名

発行者氏名

印

#### 就 労 自 立 給 付 金 決 定 通 知 書(控)

通知文

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

〇 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になります。

担当者

電話番号

# 求職活動状況 • 収入申告書

宛先自治体名称 宛先役職名

作成年月日

文書番号

宛先氏名

敬称

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 日分)

				( [甲告年月]	HT)
B	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 の 接 触 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	ООМ

※ 備考

期限年月日

# 個人票A

(表面)

福祉部門(福祉事務所等)の名称				所在地				
<b>*</b>	京孙部門担当つ-			電話番号				
福祉部門担当コーディネーター名					FE OD	田 <b>7</b>		
フリガナ 氏 名		生年月		車 月 日	受給者番号			
現住所					電話番号			
		就労時期			年 月ごろま	で累計で約	年間	
就労経験	□なし	仕事の内容						
机力栓缺	□あり	   仕事を辞めた理日	Ħ	□解雇等 □:□その他(	病気 □結婚・育	育児 口介護 )		
就労	<b>介意欲</b>	□すぐに就職(転職)したい □良い条件のものがあれば就職(転職)したい □就職(転職)について考えてみたい □今は就職(転職)する気持ちがないが、いずれ考えたい □その他( )						
	仕事の内容 動条件など)							
配慮す	べき事項	口育児 口介護 口自 口その他(	立意欲	文 口労働能力(	)			
就労支援にあ	たっての留意事	項						
		起などの支援・取り組み						
・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)								

※裏面は事業参加申込書

# 事業参加申込書

宛先自治体名称 宛先役職名

宛先氏名 敬称

宛先自治体名称 宛先役職名

宛先氏名

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/ 市(区)自立相談支援機構) から公共職業安定所へ提供すること。
- 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/市(区)自立相談支援機構)と 公共職業安定所の間で相互に提供すること。

申請年月日

(自署) 氏名 様式番号 (表面)

収入申告書

宛先自治体名称 宛先役職名

作成年月日

宛先氏名

敬称

住所 氏名 電話番号

私の収入を次のとおり申告します。

1. 働いて得た収入

(申告年月)

日	働いた日 に〇印	勤務先(会社名)	収入額 (日当等)	日		働いた日 に〇印	勤和	务先(会社名)	収入額 (日当等)	
1				1	7					
2				1	8					
3				1	9					
4				2	0					
5				2	1					
6				2	2					
7				2	3					
8				2	4					
9				2	5					
10				2	6					
11				2	7					
12				2	8					
13				2	9					
14				3	0					
15				3	1					
16										
					就労日数	女			日	
				合計	合 計 収入額			İ	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

担当者

#### (裏面)

2. 恩給・年金等による収入(受けているものを〇で囲んで下さい。)

有	国民年金、厚生年金、恩給、児童手当、	1177 7 安石	月額	円
<b>無</b>	児童扶養手当、雇用保険、傷病手当金、 その他( )	収入額	年額	Ħ

#### 3. 仕送りによる収入

		内 容	仕送りした者の氏名
有	仕送りによる収入	P	
無	現物による収入	米、野菜、魚介 (もらったものを〇で囲んで下さい。) Kg	

#### 4. その他の収入

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

#### (記入上の注意)

- 1 「1 働いて得た収入」のうち、
  - (1)働いた日に〇印を付け、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。)
  - (2)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 2~4の収入は、その有無について〇で囲んで下さい。有を〇で囲んだ収入については、その右欄にも記入して下さい。
- 3 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。
- 4 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。
- 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。

# (表面) 収入申告書

宛先自治体名称	宛先役職名

作成年月日

宛先	氏名
7676	~~~

敬称

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 <u>働いて得た収入</u>					( 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	当月分 (見込額)
			収	入	
			必要約	圣費①	
			就労	日 数	
			収	入	
			必要約	圣費②	
			就労	日数	
			収	入	
			必要約	<b>圣費③</b>	
			就労	日数	
	必要経費	1			
	(前月分)	2			
	の主な内容	3			

2 恩給·年金等による収入(受けているものをOで囲んで下さい。)

	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。)

		内容	仕送りした者の氏名
有	仕送りによる収入	H	
無	現物による収入	米、野菜、魚介 (もらったものを〇で囲んで下さい。)	

(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

担当員

4 その他の収入(前3か月間の合計を記入して下さい。)

		内容	収 入
有	生命保険等の給付金		н
無	財 産 収 入 (土地、家屋の賃貸料等)		Р
	そ の 他		Р

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。)

	内	容	収入見込額
有			Д
· .			[]
無			

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	τ	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、その有無について〇で囲んで下さい。有を〇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。

作成日 事務所

### 被保護者就労準備支援シート【計画書】

担当者				
氏名(ふりがな)				
性別 生年月日				
生年月日			(	歳)
職歴				

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 ※本人と担当者で調整の上

#### 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:
- ③就労自立:

就労に対する本人の意向

	長期目標	短期目標	期間	支援内容	備考
1					
日常生活					
生					
活					
自立					
社					
会					
②社会生活自立					
自					
立					
(3)					
就					
3 就 労 自 立					
日立					

#### 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。

# 被保護者就労準備支援シート【評価書】

作成日	
事務所	
担当者	

氏名(ふりがな)		
性別		
生年月日	(	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 (本人と担当者で調整の上)
(ロ月ロ日~ロ月ロ日)(以下、1か月ごとに記載) 〇支援内容 ・開始時間・終了時間 ・社会参加活動の内容 ・就労体験の内容 ・就労体験の内容 ・就労に付随する講習等の内容		
(ロ月ロ日~ロ月ロ日)(以下、1か月ごとに記載) 〇支援内容 ・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		
(□月□日~□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		
(口月口日~口月口日)(以下、1か月ごとに記載) 〇支援内容 ・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		
(□月□日~□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 ・就労体験の内容		
(□月□日~□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		

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

	※ <u>診療種別</u> ※ <u>新規・継続</u> ( <u>単給・併給</u> ) ※受理年月日 年 月 日																		
					(住所 (カナ	_	計列して	<u> </u>				•			•				
(	年	月	日以	降の)	<u>(氏名</u>	_		<b></b>		(生年月	1日 生	まれ	) (	歳	<u>)</u> に信	系る			
医组	寮の勇	要否に	ついて	意見	を求め —	ます	0					_	年		E	1	印		
		[	<u> 療機</u>		<ul><li>院</li><li>機関=</li></ul>		)長殿 T			自治	<u>体名称</u>		<u>役職</u>	_					
			L	(1)	成  美	<u>1—r</u>			(1) 年	月	日	(	転	」 	_	-			
傷	病名	又は	部位	(2)				初診年 月日	(2) " (3) "	"	"	ι,	私 継 続 とき言	の		年 治ゆ	月 死亡	中止	
				(4	後の	診療.	見込に	関連する	る臨床諸検	査結果等	を記入	してく	ください	·。)					
		状及 診療																	
治		<b>ሊ</b> β	完 外		か月	l E	日間	概	(1)今回診 以降1	療日 ヶ月間	(2)第 <i>2</i> 6か	:か月 v月ま		备	福祉事務				
治療見込期間		入院	期間		か月	l E	目間	概算医療費	(入院料	円 円)	(入院:	料	P 円)	9	福祉事務所への連絡事項				
			(予定 年月日		年	月	B		() 4 20-1 1		() 1/30				事 項 				
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。																			
5	宛先自治体名称1   宛先役職名1   要否意見回答年月日     宛先氏名1   敬称1																		
				767	<u> </u>		L		医療機関	の所在は	地及び	名和	尓						
								院(京		/ <del>=</del> A .c	<b>⊨ 1</b> √		<b>₹</b>						
					1.承	認	2.不承	担 当 :認 3.		(診療	科	名	)						-
*	嘱言	千 医	の意	5. 見	期間	 (月) 細意り	1 2		4 5 6										
※発	行年	月日				:	年 月	目			診察	料•検	查料語	青求:	 書				] 
	理年						· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·				H2 234	_	清求年		_				発
宛	先自	治体名	3称2		<u>役職名</u> 氏名2		Γŧ	放称2											※発行取扱者
			L	<i>7</i> 6 <i>7</i> 6.	<u>~~12                                   </u>	_		指定医	療機関の剤										者
	下記(	のとお	り請求	します	-			指定医	療機関の長	又は開記	<b>设者氏名</b>	<b>7</b>							発
			こよ 月	る 日		年	月	日	※受診者』	<b></b> 氏名							(	歳)	取扱
	診	察	料	初	•	再	点	(検査:	名)										者
請求額			<i>11</i>				// //												
	合計						点	※社份	 R等負担額		円	差	引	計				円	
							円						-						

※地区担当員名 地区担当員名

051

要否意見書発行番号

#### (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長に請求して下さい。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か月目以降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か月目以降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か月目以降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. ※印欄は福祉事務所で記入します。
- 7. 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の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。

### 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 (年齢 歳) 性別 ケース番号 世帯員番号 発行年月日 医療機関名 院(所)長 敬称 発行自治体名称 発行役職名 印 発行者氏名 地区担当員名

電話番号

### 生活保護法医療券 · 調剤券( [診療年月]分)



# 交付番号

公費負担者 番 号		有効期間	日から 日まで
受給者番号		単独·併用別	単独・併用
氏 名			性別    生年月日
居住地			
指定医療			
機関名			医療機関コード
指定医療機関 所在地			
	(1)		入院 歯科
<b>海点</b>	(2)	診 療 別	入院外 調剤
傷病名	(3)		訪問看護
		本人支払額	円
地区担当員名	取扱担当	者名	
		自治体名称 役職名	
	社 会 保 険	あ り(健・‡	<b>キ</b> ) なし
	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	<b>あり</b>	なし
備	そ の 他		
		<u>県費該当者</u> 後保該当者	

ケース番号

世帯員番号

備考 1 この用紙は、A列4番白色紙黒色刷りとすること。

2 「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。 054

#### 精神疾患要否意見書 様式番号

要否意	見書発行	番号	ケ	-ス番号 世帯員番号	1				
	 \院•継続				<del>-</del> 理年月日		————— 年	月	日
地区	単給・			生年月日			<u> </u>		
 ※居住地 : [ <i>]</i>		7							
_		_							
*			(フロ	ガナ)					
※( 年	月 日	以降の)	<u>(患</u>	者氏名) ([	性別 )(満	歳)			
に係る医療の		ついて意	見を	求めます。		発行年月日	]		
医療機関コー	<u>-ド</u>							٦	
医療機関名	J	敬称			[自]	治体名称 役職名	I FI)		
						<u> </u>			
※ ※ 患	者の	職業		※※発	病年月日		年	月	E
現在の	入院	完 形	態	当院入	院年月日		年	月	日
近位の	八的	元 ルシ	725	(入图	完形態)	( )			
				1 主たる精神障害	2 従	たる精神障害	3 身体台	· 併症	
			_						
病			名						
**					l				
へへ 生活歴及び	が現病歴								
	, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,								
精神科及	スは神経	科受診							
歴等を含	きめ記載	えするこ							
ع ا		.,		(陳述者氏名	続柄	)			
	2 70台	#0		年月日~					
	入院	期	間	年月日~		月日			
前 回 <i>,</i> 	入 院 	期 	間 	+ /1 H		/1 H			
初回か	ら前回	回まで	の						
入 院	[		数	計 回					
				Ⅰ 悪化傾向 Ⅱ 動揺	頃向 Ⅲ 3		ī		
過去6か				「特記事項	<b>.</b> . –		]		
は状態像	の変化	との 概	要						
,,,	, F		_	(			J		
過 去 6	かり	間	の	I 10 II 20 III	3回以上	ⅳ なし			
<u>外 泊</u>	の		績	- LI 111++ I					
現 在	の	外	出	I 外出禁止					
許可	Ø	状	況	Ⅱ 院内外出許可(1単独					
				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)		
				<ul><li>I 抑うつ状態</li><li>1抑うつ気分 2内的不</li></ul>	段 2年慢•	激越 4特神運動	ŧIIı⊦		
				5罪責感 6自殺念慮					
				9 その他(		)			
田たのの	ᆕᄮᅲᇴᇅᅩ	<b>小</b> 给		<ul><li>Ⅲ 躁状態</li><li>1高揚気分 2多弁・多動</li></ul>	助 3行為心	〉泊 4思考奔逸 5	5易怒性•被刺	激性方	⋰進
現住の犯	<b>病状又は</b>	1人忠隊		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( )  IVII 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( )	※地区担当員名
入院外医療が	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	
困難な理由	5その他( ) 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 見込其	、   「 フロ砂原口及件1カカ旬   2 第2カカロ及件0カカロよく	
1 要入院医療········( 2 要入院外医療·······( 3 医療不要	) н	
上記のとおり診療を(1要する		×
宛先自治体名称 宛先役職名		※発行取扱者
<u>【宛先氏名</u> 】 指定	<u> </u>	取扱
	院(所) 長(担当医師)	者
※福祉事務所嘱託医の意見	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)	
※本庁技術吏員の意見		
※審議会の判定		

#### (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か月目以降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か月目以降6か月目までに要する医療費概算額を記入して下さい。

# 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・きゅう) 4移送

			※受理年月日		年	月	日
カナ							
患者氏名	(【生年月日	<u>性別</u> 生まれ)( 歳)	居住地				
世帯主氏名			現在受けて いる扶助	生・住・	教・医・その他		
病							
状							
及							
び							
理							
曲							
備考 ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	E医療機関名称						
	三医療機関住所						
	E医療機関電話番号						
上記のとお	り生活保護法による保		ます。				
	7 Ib     ch 4 /0.75 /2						
<u>  死先目治体</u> ? 	名称 宛先役職名 宛先氏名	敬称					
	(7676 <del>2</del> 674	F-NY-1(1, T			保護変更申		
					認定(診療	<u>予定)</u>	日
		「住	所				
		申請者 氏	名				
		患者	<b>皆との関係</b>				
ケーフ来旦		2% /S	- 年 日 口		Z	※/二来	一

<u>ケース番号</u> 世帯員番号 発行年月日 発行番号

QRコード・バーコード

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

	PITHS	~~~				
	※指定医療機関名		医療機関コード	※発行年	<b>手月日</b>	
	※医療機関所在地			※受理4	<b></b> 手月日	
利用者力ナ氏名 利用者氏名			居住地			
世帯主氏名			現在受けている	扶助	生・住・	教・医・その他
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				
宛先自治体名称	<b>尼先役職名</b>		年 月	日		
<u> </u>	<u>敬和</u>	<u>r</u>	申請者 氏	所 名 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				※生年月日	ŕ	₹ F	日
主 た る 病 名				訪 問 看 護 開始年月日	4	₹ F	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 見 込 回 (1週あた	護 数 り)	1 1回 4 4 2 2回 5 そ 3 3回 (	の他	回)	
実施が適当と思われる 訪問看護事業者	所在地 名 称						
宛先自治体名称	を(1 要する 2 要しない)と 先役職名 先氏名 敬称	認めます。		要否意見	回答年月日		
指定	医療機関の所在地及び名	<b>វ</b> 称					
指定	医療機関の長又は開設者	<b>氏名</b>					
嘱託医意見 2 訪問	問看護の要否(ア 要する 問看護見込期間( か月) 問看護見込回数(1週当たり 計意見		回))				
							月日
					嘱託图	<u> </u>	<b>(FI)</b>

(注意) 1 ※印の欄は福祉事務所で記入します。

地区担当員

要否意見書発行番号

# 訪問看護に係る利用料請求書

訪問看護事業者

( 給付年月 分・訪問回数 回)

	基本利用料以外の利用料	単位	単価	金額		摘要
		回	Я		円	
訪						
訪問看護に係る利用料明細書						
係る利用						
H 料 明 細						
書						
	 		請求		*	決 定
	ш и ш их			円		円
		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。
請求書	利用者郵便番号 利用者住所 請求書発行年月日 宛先自治体名称 宛先役職名 宛先氏名	]	住所 事業?	<b></b>		

ケース番号 世帯員番号

地区担当員

(注意) 1 ※印の欄は福祉事務所で記入します。

- 2 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。
- 3 「訪問看護」の部分は、不要なものを――で消してください。

# 医療要否意見書(所要経費概算見積書)

治療材料•移送

<b>*</b>		新規·継続				※受理年	A D				日
		住地:							· ·		
福祉事務所記載欄		<u>医療の開始年月日</u> 療材料・移送】の給	]以降の)		<sup>找</sup> めます。	(生年月	日)	(	歳)に係	<b>3</b>	
載欄						年	月 日	役 <sup>職</sup> 氏名	<u>第名</u> 3	印	
	(1) (2) (3)	傷病	名		傷	病の程度』	及び給付を必	多要とする	5理由		
	(0)		種類								
要否意見	給付	治療材料	使用見込	機関				7	か月		
意	付内		種類•区間	<b>1</b>							
兄	容	移送	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				7	か月		
医師記載欄)		めます。 先自治体名称 原	「上記のとお 四先役職名」 四先氏名	り、給付を(1要 <u>敬称</u> 指	<u> </u>	でしない) 要 <u>否意見回</u> 関の所在地 院(所):	及び名称				
	.,,	給付方法	種 類	品	名(商品	名)	単価	数量	金	額	
	治療	購 入									
「	材	合計貸 与・修 理									
要取級	料	合 計									_
要経費概算	 (治療	_ <del></del> ₹材料)									
所要経費概算I 取扱業者記書			記のとおり棚	既算見積します。	•						
見載	宛约		2先役職名								
		対	先氏名	敬称			算見積年月	日			
				取	扱業者の	所在及び名	称				
*	(移	送費概算額等を記	 !載)								$\dashv$
福祉事務所 整理欄											
% 嘱託医 嘱託	1. 承	、認 2. 不承認 (月) 1 2 3	3. 本庁協議	<b>美</b>							

# ケース番号 世帯員番号

※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。

再発行

# 治療材料券•治療材料費請求明細書

		吧	⊻担当貝 取	扱担当者			稻竹车月
生	交付番号		この券の 有効期限	年 月	日まで		単給·併給
活 保	受給者氏名	(	「 <u>生年月日</u> 生まれ)	( 歳)(性		住地	
護法	ケース番号	世帯	員番号				
治療	取扱業者				所	f在地	
材							
料券	種類				金額		
,,	給付方法	購入・貸	:与( 月~ 月)	・修理(修理方	i法:	)	
	種	類	数量	単位	Tī	金額	摘要
治					円	円	
療							
材							
料							
費							
請							
求	計						
明	※社保負担	(社保	区分 )	有·無	割	円	
細	※他 法	負 担		有·無	割	円	
書	※本 人	支	払 額	•		Я	
_	差引請:	求(支	払)金 額			H	

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

	П	屋	<u>¥</u>	振	替	申	出	表	示
金	融	機	関	名					
	支	店	名						
[	]座名	義フ	リガ	ナ					
[	」 座	<u> </u>	名	義					
預	金	の	種	類					
[	] 座	Ξ -	番	号				000	
	1 座		<b>番</b>	号				060	

QRコード・バーコード

| 発行自治体名称 | | 発行役職名 | | 発行者氏名 |

名] 福祉事務所長印

印

# <u>ケース番号</u> <u>世帯員番号</u> 給付要否意見書(あん摩・マッサージ、はり・きゅう)

	※ 新規・継続	]			*	《 受理年月	日	年	月	日
<u>*</u>	※居住地:									
※福祉事務所記載欄	※ ※ ( <u>医療の開始</u> に係る施術の		(フ! 以降の) <u>(氏</u> Fについて意見を		(	<u>(生年月日)</u>		<u>(歳)</u> 行年月日		
欄						自治体:		役職名	印	
	※指定施術者名	<u>z</u>						氏名		
	傷病名(部位	2)	初検年月日	転帰	原(継続の場	<b>景</b> 合)		程度及び 必要とする理	曲	
	(1)		年 月 日		愈•中止•継					
	(2) (3)		年 月 日年 月 日		意・中止・継 意・中止・継					
要	(4)		年月日		恋・中止・継 兪・中止・継					
否	<ul><li>(5)</li><li>(6)</li></ul>		年 月 日年 月 日		癒・中止・継 癒・中止・継					,
意見	療養(治癒)見込期									; ; ; ;
_	(京食(石想)兄 <u>以</u> 母	· 		概算見積額(初検時又は7ヶ月目以降) 					į	
施術	か月又は 日間				ļ		<del> </del>	3月目	円 	إ
者			4月目	円	5月目			6月目	円	
記載	往療が必要な場合	合その理由								
欄	(患者氏名)	につ	いて、上記のとお	3り給付を(1		2要しない)と		す。		
	宛先自治体名称	宛先役職	哉名		要否	意見回答句	₹月日」			;
		宛先氏名	弘 敬称 打	旨定施術機關	関(施術者)の	の所在地及	び名称			1
	同意年月日				年	月日				
_	指定医療機関名									
医師	所在地									
意	医師氏名									
	注意事項等	(施術に当た	さって注意すべき	事項等があ	れば記載し	してください	)(任意)	)		
※嘱託医意見	1. 承認 2. 不承期間(月) 1 2 (詳細意見)	《認 3. 本/ 3 4 5	<b>宁協議</b> 6							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ケ月を超えて施術を継続する場合に該当するものを〇で囲むこと。
- 3 「療養(治癒)見込期間」及び「概算見積額」欄は、初検時(6ケ月を超えて療養を必要とする場合は7ケ月目以降) 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。

要否意見書発行番号

ケース番号 世帯員番号

### 給付要否意見書(柔道整復)

	※ 新規·継続		※ 受理年月日	年 月	日	
*	※居住地:					
※福祉事務所記載欄	※ ※( <u>医療の開始年月日</u> に係る施術の給付の	(フリ:     以降の) <u>(氏</u> : 要否について意見をオ	名) (生年)	月日) (	歳)	
載欄	※指定施術者名			自治体名称	後行年月日 役職名 氏名	印
要	傷病名(部位)	初検年月日	転帰(継続の場合		の程度及び を必要とする理E	<b>a</b>
否意見(柔道	(1) (2) (3) (4) (5) (6)	年月月日年月月日年月月日日年月日日	治癒·中止·継統 治癒·中止·継統 治癒·中止·継統 治癒·中止·継統 治癒·中止·継統			※地区胜当員名
整復	療養(治癒)見込期間	概算見積額(初格	倹時又は4ヶ月目以降)	1		
師	か月又は 日	3間 1月目	円 2月目	円	3月目	円
載欄)	宛先自治体名称 宛先	.役職名	り給付を(1要する 2要 定施術機関(施術者)の	H <sub>Z</sub>	要否意見回答年	月日
医師同意	(注)脱臼又は骨折(応急)	手当を除く)の場合の∂	外同意が必要			2
嘱託	1. 承認 2. 不承認 3. 期間(月) 1 2 3 4 (詳細意見)					
医 意 見						印

# 要否意見書発行番号

#### (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〇で囲むこと。
- 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も 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。

# (表面)

# あん摩・マッサージ 取扱担当者

(	施術年	月 分) 地区	担当員	取扱担:	当者									
生活	交付番		この券の 有効期限						日から 日まで [	単給・併給				
生活保護法施	患者氏ケース	(生年月日		歳)(【性別】)	居住地									
券	指定的	<b>西術者名</b>			傷病名(部(									
	初回加	 拖術年月日	年	月日	実日数		日	転帰	<b>净</b> 治	ì癒∙中止	1			
	①マ <u>"</u>	゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚		右上肢 F 左上肢 F 右下肢 F	9×		摘	要						
		②温罨法(加算	<u> </u>	円:	× 💷=									
施		③温罨·電気光 (加算)	<b></b> <b>允線器</b> 具	円:	× 回= 円									
施術費給付請	④変芽	杉徒手矯正術		右上肢       円×       回=       円         左上肢       円×       回=       円         右下肢       円×       回=       円         左下肢       円×       回=       円										
請求明	⑤往	療 料 4kmまで 4km超				= P = P								
細書		術報告書交付料 ]支給: 年	月分)	円	× 回=									
	施術日 通院(	〇 月 123	45678	3 9 10 11 12 1	3 14 15 16	17 18	19 20 2	1 22 23 2	24 25 26 27	28 29 30 31				
	(	7) 合 計 金 額	<b>(1)+2</b>	2+3+4+5	+⑥)				請求	※決 定	-			
	Ì					7	фı		円	円	$\frac{1}{2}$			
		社保負担       本人支払	_	<b>71</b> )	有∙無	J	割	円	円円	円円	+			
		差引請求(支払		7)-(8)-(9))				1,1	円	円	1			
			<u>・/ 単照 (</u> (る上記明			1 ''	1 ''	-						
請			請求	<u> </u>										
求書	[宛先	自治体名称	②先役職名 ②先氏名		指定施術者	住所								
青 			LLLA	-324   3	氏名 ————									

振	銀 行	預金種類	72	口座番号	口座名義
込	信用金庫		預 金		ふりがな
先	支店		317		氏名

印

#### (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たときは、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、該当する項目を〇で囲んで下さい。
- 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。

# 再発行 様式番号

# 施術券及び施術報酬請求明細書(はり・きゅう)

	מיון שונו	か及い心門  秋   明	<i>γ</i> ⊂ 19 .
(施術年月 分)	地区担当員	取扱担当者	

	交付番号	有効期間			施術開始日	単給・併給		
生活			日から	日まで	年 月 日			
保護	患者氏名				居住地			
法施	( <u>L</u> ケース番号 世帯員番号	<u> </u>	歳)(	性別)				
術券	傷病名 1神経痛 2リウマ 6 頸椎捻挫後遺症 7その	チ 3頸腕症候群 4.他( )	五十肩 5	i腰痛症	はり・きゅう師氏名			

# 施術報酬請求明細書(はり・きゅう)

	O 初 年	回施術	年	月日	実日数	日	既施術回数	0	転	帰	治癒	·中止	<u>-</u>
	① 初	検 料 1	はり 2きゅ	う 3は「	りきゅう併用			•	円		摘	要	
		はり					円×	回=	円				
	2	きゅう					円×	円					
	施術料	はり、きゅ	う併用				円×	回=	円				
施術		電療料 1電気針 2	2電気温灸	器 3電気	光線器具		円×	<u> </u>	円				
報	③ 往	療料	4kmまで				円×	回=	円				
酬			1km超			円×	回=	円					
請求	4 施	術報告書交	付料(前回	]支給:::	年月)		円×	回=	円				
明 細 書	施 術 通院( 往療(	) 月	1 2 3 4	56789	10 11 12 13 1	4 15 16 17	7 18 19 20 21 2	2 23 24	25 20	6 27 28	3 29 30	31	
		6 A =1 4	<b>&gt;</b> #≅ (④)		1.00		請	求		*	決	定	
		5) 合計 🕯	を額(①⊣	FZ/+3)	+4)				円				円
	* (	6 社 保	負 担( [ā 有·無	<u>社保区分</u> ]	·] 割				円				円
	* (	⑦本人:	支 払 額				円				円		
	(	8差引請求	(支払)金額 (⑤一⑥一(						円				円
	T #	<b>土</b> エカ .											

請求書	<u>患者氏名</u> にかかる上記明細書による施術料を請求します。 請求書発行年月日 宛先自治体名称 宛先役職名 宛先氏名 敬称
書	住 所はり・きゅう師 氏 名
 委 任 状	上記の金額の受領を 師会(理事)長(氏名) に委任します。 <u>委任状発行年月日</u> (はり・きゅう師名)
扒	氏 名

振	銀 行	預金種類	預	口座番号	口座名義
込 先	信用金庫		金		ふりがな
76	支 店				氏名

自治体名称

2 役職名

印

#### 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たときは、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、該当する項目を〇で囲んで下さい。
- 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。

再発行 様式番号

# 施術券及び施術報酬請求明細書(柔道整復)

(施術年月 分) ケース番号 世帯員番号

地区担当員 取扱担当者

自治体名称 役職名 氏名

囙

生	交付番号 この券の 有効期間														日	から		日	まで		单給 并給	
生活保護法施術券	氏名		性	生 年 月 月	= =   		名	F	月	E	3	住所										
術 券	指定 施術											傷病名	(部信	立)								
		息傷者	負	<b></b> 傷年月	日	初検	年月日	施	術開	開始年	 月 I	∃ 旅	術終	<b>冬了</b>	年月	日	目				帚	
	(1)			• •			· ·			· ·				· ·						治癒·中止·転医 治癒·中止·転医		
	(3)			• •									+				·中止					
	(4)									• •										・中止		
	(5)	(百四 类数(	<b>《字字</b> #4	· ·	1+4	— <u>*</u>	 = + N T		1/- 1	• • L7				• •					冶狍	・中止	• 丰太	<u></u> 医L
	頁陽0. 	原因•業務3	火舌进到。	化苦义	は弗	二有1	丁為外以	<b>が</b> 尿区	II-∂	トつ												
施	経過							請求区分			新き継続	現続										
術	施術	日 123	4 5 6	7 8 9	10	11	12 13	14 1	5 1	6 17	1	8 19 2	20 2	-				26 2	27 2	8 29	30	31
+0	初検料		初検時相		_	往療				金属語加算	訓一	子等	回		施術 供料	情報技	是					
報	加算(休日·深夜·														六个1	ī		計				円
酬	時間外) 円 再検料 円 暴風雨雪)									柔道 運動					円							
請	整復料·固定料· (1) 円 (2) 円 (3)						)	円 (4)			F	円 (5)			円	円計					円	
求	部通流位						<b>罨法料</b>		法法			料	計.	_		多部位	立	計		長期	計	
7,		% 月日 00 ——	円		] 円	<u> </u>	回 円 :		円	l	四	円		円				円				円
明		00 —	_	+	-							<u> </u>										
	I(3)	60 —														(	0.6				ļ	
細		00   60		+	<u> </u>	+		H		+	-						0.6					$\dashv$
書	(4)1	00					   				†											
									合	計					-							円
	摘要								×₹	t保負 有	担• 鱼	社保	区分 割	])	-							円
									本人	人支払		<u>.                                    </u>			×							円
		金属副子等加算日	· 等	10	目日	2回目		日日				請求 ム)金額			_							円
		柔道整復運 後療料加算					日日		決分	<del>``</del> 定金額		4/ <u>3E I</u> R			*							円
施	上記σ	<u> 後線料加昇</u> )とおり施術し		<u>」</u> 正明し	ます。							 所在 <sup>出</sup>	b 〒		<u> </u>							$\dashv$
術		明発行年月						扩	拖 衫	析 所		名 称										
術証明欄									r	<b>⊥</b> ⊢∠⊪- ⊣	<b>⊷</b>	電話										
11243	(串	老氏名)に	かかる ト≡	7884	聿1-	トス協	が剝を			施術者 at	<b>5</b>	氏 名										_
請	<u>(患者氏名)</u> にかかる上記明細書による施術料を請求します。 <u>  請求書発行年月日   宛先自治体名称   宛先役職名   宛先氏名   敬称   </u>																					
請求書			_						住	 . F	— 听											
		柔道整	隆復師 .	氏	名																	
振				銀	行	刊	頁金種類	3	預			口座番	号						座名			
込				信用:					金										りが	_		
先				支	店													<u> </u>	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)

QRコード・バーコード

#### (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たときは、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、施術を行った日を〇で囲んでください。

また、「摘要」欄に次の事項を記載してください。

- 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、該当する文字を〇で囲んで加算額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。

長期入院患者に係る診療報酬請求書(	施術年月	分)

	区为1.	/ Not 心 ロ 1~ 1/	ストン ロン カンド 十区		6 (	/							
公費負担者  号					有 効 期 間	日から 日まで <u>療養対象日数</u>							
受給者番号					単独・併用別	単独・併用							
氏 名						(性別)) 生年月日							
居住地													
① 基準となる入院       ② 保険外併用       ③ 特別料金分       ④ 本人支払額       ⑤ 差引請求額         基本料等       療養費(保険給付対象部分)       (①-②の範囲内)       (③-④)													
円 円 円 円 円 円 円 円 円 円 円 円 円 円 円 円 円 円 円													
<ul> <li>・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</li> <li>・{基本点数-(基本点数×控除率※)}×入院日数×10円=②</li> <li>小数点以下第一位を四捨五入</li> <li>※ 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。</li> </ul>													
(氏名)       に係る上記による診療報酬を請求します。         請求年月日       宛先自治体名称         宛先氏名       敬称         住 所病院長													

備考 この用紙は、A列4番白色紙黒色刷りとすること。

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

再発行

# 生活保護法介護券(年月分)

公 費 番	負	担	者号						:	有效	カ 期	目間	1			日	から	E	まで	
受 給	者	番	号				-		<u>i</u>	単 独	• 併	用	別				単独	・併月	1	
保 険	者	番	号						1	披保	険 者	番	号							
交(	t 1	<b></b>	号					•	•								·			·
(5	<b>"</b> リガラ	ታ)													生年	F月日			性別	
氏		名																		
要介護	状態	等区	፟分																	
認定	有 効	期	間	年	月	日カ	۱6							年	月	日言	まで			
居	住		地																	
+ <del>12</del>	<u> </u>	4平-	<del>***- *</del>	事業所番	号															
指据宅 ・指定介護 ・地域包括	予防	翅	業者																	
-5%2,																				
指定分	<b></b> )護機	幾関:	名	事業所番	号							į	į							
								居 介	`	蒦	介予	護防	i							
居 寇介護	介	` } _	護防労					<u> </u>	護予											
生活	,	. 0	援					施		设	介	護								
								厚	宇	介	護式	支持	爰							
								ງ ງ)	`護 護予	プ 防•日	か ダ 常生活	t 抗 舌支	援							
									本	人支	払額	Į	$\dagger$							円
地区担	担当員名 取扱担当者名 <b>発行自治体名称 発行</b>								<i>b</i> 10	3v /-	±	Þ	<u></u>							
				[笼行目》	上光行	7攵職	五川	<u> </u>	百氏	.名							印			
				介護	保険									あ	IJ		な	l		
備				その	他															
考																				

備考 この用紙は、A列4番白色紙黒色刷りとすること。

ケース番号 世帯員番号

# 様式番号 異動分

# 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	⑦適用除外施詞	受の種類	
⑥適用除外施設の所在地		電話番号	

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

※欄の記入例:施設入所、施設退所、転入、65歳到達

# 被保護者異動訂正連絡票(国保連用)

証 番	載保	険者 号	

被保険者番号											
									_		
-	-	-	-	-	-	-	-	-	_		
				-	-			-			
-											

異動年月日											
年号	年号 年 月 日										

訂正年月日									
年号	年	月	日						

訂正区分
------



異動事由
:

	被保護者氏名(カナ)											生年	月日		性別									
							扨	木品	<b>造</b> 仁	风	<b>右</b> (	/) /	)							年号	年	月	日	生列
	-:-	- :	- :	- :	- :	- :	-:	-:-	-:	-:	- :	- :	-:	- :	- :	-:	-:-	-:	-		:	:	:	
1																								1
															- :			- :		1	I :	1 :	1 :	1
																	- 1	- 1		1	1 :	1 :	1 :	1
																				1				1
																				1				1

住所地郵便番号													
-													
		-											

#### [要介護認定等]

みなし	要介護	有效	期間閉	見始年)	月日	有效	期間網	冬了年人	月日
区分	状態等区分	年号	年	年 月		年号	年	月	日

公費負担
上限額減額

#### [ 資格]

	_						
資	格取得	导年月Ⅰ	Ħ	資	格喪约	キ年月	Ħ
年号	年	月	日	年号	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	居宅介護				通	角用開如	台年月	B	遁	<b>通用終</b> 了	了年月I	8					
成区分	支援事業者等番号				年号	年	月	日	年号	年	月	日					

#### [ 支給限度額 ]

1. 人们以及识	_								
区分	支給限度	上限管理適用開始年月日				上限管理適用終了年月日			
巨刀	基準額	年号	年	月	日	年号	年	月	日
支給限度 基準額(旧 訪問通所)									
(旧短期 入所)									

## [申請情報]

申請種別	変更申請		申請年	F月日	
中胡性別	中区分	年号	年	月	日
			1	1	

広垣	成(政令	市)	
保	険者番	号	
:	:	:	

小規模居宅 サービス利用

# 被保護者異動連絡票(国保連用)

証証番	己載保	· · ·	-

被保険者番号										
_										_
_	-	-:	-:	-:	-:	-:	-:	-:	-:	-
	_	-	-		-	-	-	-	-	
							-			

異動年月日						
年号	年	月	日			
			:			

異動区	分	

					発行年月日	(	頁)
1	<b>と費負担</b>	旦者番	号	福祉事務	所名		
担当	担当役	: 職名		担	当者		
L		- HING		<u> </u>			:[]

異動事由
:
l :
I :
1
1 :

												₩ D1												
	被保護者氏名(カナ)									年号	年	月	日	性別										
	-	- :	- :	- :	:	:	- :	- :	- :	- :	- :	- :	- :	- :	- :	- :	- :	- :	-					
		:			:	:		- :				:						- 1						
1	:	:	:	:	:	:						:	- 1		- 1				1	I	1 :	1 :	l :	
1																- 1				1	1	1 :	1 :	I
	- 1		- :	:			- :		- :	- 1		- 1			- :	- 1	- 1	- 1			1			

住所地郵便番号									
		- :							

#### [要介護認定等]

みなし	要介護	有效	期間閉	<b>乳始年</b> )	月日	有効期間終了年月日				
区分	状態等区分	年号	年	月	日	年号	年	月	日	



## [ 資格]

	_								
資	格取得	导年月Ⅰ	Ħ	資格喪失年月日					
年号	年	月	日	年号	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		居宅介護						適用開始年月日				適用終了年月日			
成区分	麦	を援事	業者	等番	号			年号	年	月	日	年号	年	月	日

#### [支給限度額]

1 人们很没识									
区分	支給限度	上限管	理適月	用開始。	年月日	上限管理適用終了年月日			
巨刀	基準額	年号	年	月	日	年号	年	月	日
支給限度 基準額(旧 訪問通所)									
(旧短期 入所)									

## [申請情報]

申請種別	変更申請		申請年	F月日	
中胡狸加	中区分	年号	年	月	日

広域(政令市)								
保険者番号								
:	:	:						

小規模居宅 サービス利用

宛先郵便番号

宛先住所

宛先氏名

敬称

宛先欄備考情報

郵便カスタマ―バーコード

文書番号 発行任日日

発行自治体名称 発行役職名

発行役職名 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にお願いいたします。

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

氏 名 年齢 住 所 被保険者番号 新規、継続の別 中止事由の 異動年月日	現頁		発行自治体名称					<b>手月</b> )	対象年	(	
	備考	備る	異動年月日	中止事由の 異動内容※	新規、継続の別	被保険者番号	所	住	年齢	名	氏

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。

# 被保護者情報連絡表(保険者用)

対象年度		(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

- (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。

国保連合会 → 公費負担者

# 介護給付費公費受給者別一覧表 年 月 審查分

公費負担者番号	
公費負担者名	

<u>発行年月日</u> 夏

受給者	サービス	事務所番号	サービス種類名	日数	公費対象単位数	公費負担金額	公費分本人負担額	保険者番号	被保険者 番号
番号	提供年月	事業所名	サービス項目名	回数				保険者名	番号
				1					
									-
									-
				-					-
				-					
				-					
									-
合 計									

宛先郵便番号

宛先住所

宛先氏名 敬称

文書番号 発行年月日

発行自治体名称 発行役職名

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

貴世帯に対してはかねてから下記の指示事項について、再三、指導・指示してきましたが、いっこうに改善(努力)のあとが認められません。

このような状態では、これまでのように生活保護法の適用を続けることはできなくなりますので、つきましては、同法第27条第1項の規定によりあらためて下記のとおり指示しますので、早急に改善(努力)し、その結果を報告してください。

なお、正当な理由なくこれに従わないときは、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
- 2 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、弁明をすべき日時及び場所を通知しなければならない。

発行主体の郵便番号

発行主体の住所

発行主体の名称

発行主体の担当部課名称

発行主体の電話番号

担当者

申請番号

ケース番号

(別紙5) 帳票レイアウト

#### 帳票レイアウト一覧

# 業務

生活保護版レセプト管理

帳票タイトル

15、17、19、21・帳票詳細要件、再審査等請求書(電子・紙)(実施機関別・自治体別・結果なし)
22・帳票詳細要件・参考資料等添付票
23・帳票詳細要件・参考資料等添付票送付書
31・帳票詳細要件・参考資料等添付票送付書
31・帳票詳細要件・診療報酬明細書等状況報告用基礎データ
32・帳票詳細要件・実施体制状況報告用基礎データ
33・帳票詳細要件・再審査請求状況報告用基礎データ
34・帳票詳細要件・長期入院患者実態把握状況報告用基礎データ
35・帳票詳細要件・向精神薬投薬状況報告用基礎データ

頁番号
001
002
003
004
005
006
007
800

\*\*Tgengo 年 月 日

# 再審査等請求書 (電子媒体)

社会保険診療報酬支払基金	支部 御中			
	保険者(実施機関)番号	**TSiteID		
	保険者(実施機関)名	**TSiteName		
さきに請求のあった診療報酬について、	下記のとおり再審査願い記	ゝます。		
1 再審査等請求年月: **Tdate				
2 電子媒体 枚数 : 請求用 ***	<u>▼TFDcou</u> 枚、 結果用	要	0 枚、	否
3 明細書件数:	0件			

(内訳)

1:1	No.	本	人	家	族	高幽	<b>冷者</b>	<b>=</b> 1	医療機関からの
種	類	自県	他県	自県	他県	自県	他県	計	取下げ又は再審 査請求分(再掲)
資格	関係	**Examil	**Exami2	**Exami3	**Exami4	**Exami5	**Exami6	0	**Drop1
診療内容	・事務上	**Consul	**Consu2	**Consu3	**Consu4	**Consu5	**Consu6	0	**Drop2
突合再	事審査	**Tyoza1	**Tyoza2	**Tyoza3	**Tyoza4	**Tyoza5	**Tyoza6	0	**Drop3
合	計	0	0	0	0	0	0	0	0

※ 「電子媒体枚数」欄について、結果用のデータを希望する場合は「結果用要」に枚数を記載し、希望しない場合は「否」の文字を〇で囲んでください。

# 電子レセプトの再審査請求に係る参考資料等添付票

保険者 (実施機関)番号 <u>***TSiteID</u>	
保険者 (実施機関)名 <u>***TSiteName</u>	
整理番号等: **SeirinoTou	

本票に添付する参考資料等について下記の電子レセプトと併せて再審査等願います。

記

	電子レセプト情報
整理番号	**Seirino
都道府県	**Todofuken
点数表	**Tensuhyo
医療機関(薬局)コード	**Iryokikan
理由番号	**Riyuno
備考	

# 参考資料等添付票送付書

( 自県分 ・ 他県分 )

社会保険診療報酬支払基金	_ 支部   御中
保険者	
保険者	f(実施機関)名: <u>**TSiteName</u>

電子レセプトによる再審査請求に係る参考資料等添付票について、下記のとおり送付いたします。

記

	添付票枚数
**MAI	

#### 診療報酬明細書等状況報告用基礎データ

	ロシカホキロ	田川の加	百寸扒川	、拟口用在	SPIE / /	-																		
١								#	祉事務所にお	ける点検実施	ける点検実施状況			都道府県市本庁における点検実施状況					福祉事務所及び都道府県市本庁における未点検の状況(※4)				(4)	
	福祉事務所名 資		資格点検対				点検実施枚	改		点検実施率(9	6)		点検実施枚数	t		点検実施率(9	6)		未点検枚数			未点検率(%)	1	
			象総数 (※1)	対象総数 (※2)	対象総数 (※3)		内	<b>学点検</b>		内容	<b>F点検</b>		内框	点検		内容点検			内装	容点検		内容	点検	
		85	区・市	^	В	С	資格点検 D	単月 E	縦覧 F		単月 H=E/B	縦覧 I=F/C	資格点検 J	単月 K	模覧 L	資格点検 M=J/A	単月 N=K/B	模覧 0=L∕C	資格点検 P	単月 Q	緩覧 R		単月 T=Q/B	模覧 U=R∕C
[		合計																						
I																								
ſ							1				1						1					1	1	

<sup>※1</sup> 支払基金より送付されたレセナト股数(実数)(連名簿に記載される仲数を含む)
※2 ※から連名簿分及び資産自営による運貨が全額がよいセナト股数
※3 用力を減により特異な診療機向が認められる指定医療機関、連続月あるいは一定期間内に重複算定できない診療内容、無月ではその適否が判断できない診療内容等に係るレセプトについて、 受給者例に最初3ヶ月以上の必要な期間にわたってレセプトの襲撃点接を行うべきものを対象とする。
※4 福祉事務所及び都連角県布本庁のいずれにおいても、点検を全く行っていないものを対象とする。

# 実施体制状況報告用基礎データ

①本庁におり	ける点検	実施体制	lJ								
				点検体制区分							
都道序	牙県・市	名	点検区分	専門性のある者							
					嘱託職員	業者委託					
			資格点検								
			単月点検								
			縦覧点検								
@1=11=75=	r) = 1.5.1	~ LIA-	→ dade Ada that								
②福祉事務所	斤におけ	る点検実	<b>₹施体制</b>		占給休制区分						
	所におけ 事務所名		E施体制 点検区分	専門性のある者	点検体制区分						
			点検区分	専門性のある者	点検体制区分嘱託職員	業者委託					
	事務所名	<b>7</b>	点検区分	専門性のある者		業者委託					
	事務所名	<b>7</b>	点検区分	専門性のある者		業者委託					
	事務所名	<b>7</b>	点検区分 資格点検	専門性のある者		業者委託					
	事務所名	<b>7</b>	点検区分 資格点検 単月点検	専門性のある者		業者委託					
	事務所名	<b>7</b>	点検区分 資格点検 単月点検 縦覧点検	専門性のある者		業者委託					

#### 再審査請求状況報告用基礎データ

	<b>円倒且</b> 師	水仏ル	<b>収古用基</b>	啶ナータ											
				原審査	容認+返戻金額					(再掲)	過誤調整率(	%)		レセプト点検	費用対効果
		福祉事務所名	i	原音宜 (算定額) (※1)		内部合計			その他(※2)	外部委託計 (※3)		資格	内容	事業に係る 国庫補助金 額	
ı		郡	区・市	Α				内容	-					G	
L					B=D+E+F	C=D+E	D	E			C/A	D/A	E/A		(C-G)
L		合計													

※1 支払基金審査(原審査)結果の金額(診療報酬等請求内訳書に記載される算定額)

※2 併用の相手先(社保等)や指定医療機関の取り下げ当、本庁・福祉事務所における点検以外によるもの

※3 外部委託による再審査請求結果を再掲してください

# 長期入院患者実態把握状況報告用基礎データ

# 1.書類検討及び措置状況

	小及び指直		(0)	(0)			(4) (3)のう	ち措置状況			(5)
		(1)	(2)	(3)			退院又は	移替え等			(5)
		(書 入類 院検 百討	(1) の う ち	(2) の 結 果	小 計	居宅保護	施 設 入 所	他法へ	の移管	そ の 他	(3) の うち
		八十日を超えた患者数)総数	うち主治医等と意見調整を行ったもの	結果医療扶助による入院の必要がないとされた者 a -h ca-b	b		A	る法律(結核に係るもの。)感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関す	精神保健及び精神障害者福祉に関する法律		うち未措置の患者数
i	it .										
	小計										
今回報告分	結核										
に係る状況	精神疾患										
	その他の疾 病										
	小計										
前回報告分 中未措置と	結核										
なっていた者											
	その他の疾 病										

# 2.施設の種類別入所状況(再掲)

		清†(=1のA)	今回報告分	前回未措置分
施設の種類	計			

#### 向精神薬投薬状況報告用基礎データ

	14 11 11 11 11 11 11		<u>~</u>	投	投薬されている向精神薬		是正改善措置状況			
福祉事務所名	ケース番号	受診医療機関	医薬品名	使用量	点数	回数	使用量 × 回数	点数 × 回数	番号	具体的な内容
									-	
									-	
計										

#### (留意事項)

- 1. 本台帳の作成にあたっては、当該向精神薬の投薬にかかる費用を、生活保護の医療扶助で負担している者を対象とし、 年 月基金審査分のレセプト(紙レセレセプト分を 含み、連名簿分を除く)のうち、同一月に複数の医療機関から向精神薬(別添を参照)の投薬を受けている全ての者について記載すること。
- 2. 電子レセプトを活用した複数医療機関から向精神薬が投薬されているレセプトの抽出方法(操作手順)は、「医療扶助適正化に関する電子レセプト活用マニュアル第二版 (平成25年3月)」のP74~82を参考とすること。
- 3. 「使用量」欄には、内服薬は1日分量、内服用滴剤、注射薬及び外用薬は投与総量、屯服薬は1回分量を記載すること。
- 4. 「是正改善措置状況」欄には、主治医訪問、嘱託医協議等により、当該投薬について内容の適否を審査した結果、重複投薬(※)であった場合には、福祉事務所にて行った 指導指示状況等について次のとおり記入すること。
- ①重複投薬でなかった場合 ⇒ 「1」及び「適切と判断された理由」を記入。
- ②重複投薬であったため、被保護者へ指導を行い、すでに改善した場合 ⇒ 「2」及び「重複投薬の内容及び改善後の状況」を記入。
- ③重複投薬であったため、被保護者へ指導中の場合 ⇒ 「3」及び「重複投薬の内容及び指導状況」を記入。
- ④重複投薬が確認されたが、保護廃止等により指導するに至らなかった場合 ⇒「4」及び「重複投薬の内容及び保護廃止等指導するに至らなかった理由」を記入。
- 5. 本台帳は、「都道府県・指定都市・中核市名」「福祉事務所名」「ケース番号」「受診医療機関」「投薬されている向精神薬」を記入し、 年 月末日までに厚生労働省社会・援護局保護課あて提出すること。
  - なお、「是正改善措置状況」は、地方厚生局が指定する日までに記入すること。
- (注)「重複投薬」とは、同一効能の医薬品が投薬されており、それぞれの医薬品が医学上重複しているとみられるものをいう。