

年	月	日	記	事	検印
					5
					10
					15
					20
					25
					30
					35

年	月	日	記 事	検印
				5
				10
				15
				20
				25
				30
				35

※ 記事には○いつ(日時) ○どこで(場所) ○誰に(相手) ○誰が ○何を(目的)
○どうして(指導、要求) ○どうなったか(措置、結果)を忘れずに。

保護（保護変更）申請書

(宛 先) 京都市 福祉事務所長	年 月 日
申請者の住所又は居所	申請者の氏名 電話 —

☐ 生活保護法の規定による ☐ 「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)に基づく措置による 保護（保護変更）を申請します。							
保護の種類	☐ 生活扶助 ☐ 医療扶助 ☐ 生業扶助	☐ 教育扶助 ☐ 介護扶助 ☐ 葬祭扶助	☐ 住宅扶助 ☐ 出産扶助				
要保護者との関係	☐ 本 人 ☐ 同居の親族 ☐ 扶養義務者						
要 保 護 者	住所又は居所 京都市 区		☐ 申請者に同じ				
	ふりがな 氏 名	個人番号	続柄	生年月日	性別	職業または学校名	平均月収入額
			世帯主	. .			
				. .			
				. .			
				. .			
				. .			
				. .			
				. .			
葬 祭 扶 助	死 亡 者	氏名	生年月日	性別	氏名（続柄）		
		死亡時の住所			()		
		死亡年月日	葬祭に要する費用		葬 祭 執 行 者	個人番号	
		. .	円				
遺留金品の状況							
保護(保護変更)申請の理由							

注 該当する□には、✓印を記入してください。
備考 この様式は、保護を申請する場合又は保護を変更する場合（第2号様式備考及び第3号様式備考に規定する場合を除く）に用いる。
葬祭扶助申請の場合は葬祭扶助欄に記入してください。

処 理	申請受付(受理)	受 理 番 号	ケ ー ス 番 号			受付担当員	受理兼処理簿
	年 月 日		地区コード	町コード	世帯コード		

太わく内のみ記入してください

収 入 申 告 書

(宛 先) 京都市 福祉事務所長	年 月 日
住 所 京都市 区	氏 名 電話

私の世帯全員の収入状況について、次のとおり申告します。

この申告書及び添付書類の記載内容は事実と相違ありません。

1 働きによる収入 少額の賞与(寸志)や高校生のアルバイト収入等も収入申告が必要です。

働いている 方の氏名	勤め先・ 仕事内容	区 分	当(翌)月分 (見込額)	前 3 か 月		
				()月分	()月分	()月分
		総収入(円)				
		必要経費(円)				
		就労日数(日)				
		総収入(円)				
		必要経費(円)				
		就労日数(日)				
		総収入(円)				
		必要経費(円)				
		就労日数(日)				
働きによる収入 のない方の氏名	働 き に よ る 収 入 の な い 理 由					

※あなたの世帯の最低生活を守り、生活保護を正しく行うために記入に際しては以下の点に注意してください。

- 1 前回収入申告書を提出して以降の収入を漏れなく記載してください。(保護開始申請時を除く)
- 2 収入の金額を証明できるもの(勤務先の給与証明、年金・手当の支払通知書など)を必ず添付してください。
- 3 不正な手段により保護費等を受けた場合、生活保護法第78条の規定により不正に受けた保護費等を返していただくことになる他、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。

*裏面も記入してください。

受理 職員		保健福祉センター 受 理 年 月 日	年 月 日
----------	--	-----------------------	-------

2 年金・恩給・手当等（有・無）

氏 名	年金等の種類（該当するものを○で囲む）	金 額
	国民年金（老齢・障害・遺族）、企業年金 年金生活者支援給付金 厚生年金（老齢・障害・遺族）、恩給 児童扶養手当、児童手当、雇用保険、傷病手当金 その他（ ）	年額・月額・ か月額 円
	国民年金（老齢・障害・遺族）、企業年金 年金生活者支援給付金 厚生年金（老齢・障害・遺族）、恩給 児童扶養手当、児童手当、雇用保険、傷病手当金 その他（ ）	年額・月額・ か月額 円
	国民年金（老齢・障害・遺族）、企業年金 年金生活者支援給付金 厚生年金（老齢・障害・遺族）、恩給 児童扶養手当、児童手当、雇用保険、傷病手当金 その他（ ）	年額・月額・ か月額 円

3 仕送による収入（有・無）

仕 送 り を 行 わ れ た 方			金 額 また は 品 物 の 内 容 と 数 量
氏 名	申告者との続柄	住 所	
			月当たり
			月当たり

4 その他の収入（有・無）※あらゆる収入(借金含む)について申告を行ってください。

氏 名	種 類	収 入 の 内 容	金 額
	生命保険の給付金・ 税還付金・高額療養費・ 交通事故補償金など		月額 円
	財 産 収 入 (土地・家屋の賃貸料等)		月額 円
	そ の 他		月額 円

5 2～4の収入を得るために要した必要経費（有・無）

氏 名	収入の内容	必要経費の用途	必 要 経 費 額
			月額 円

資 産 申 告 書

(宛 先) 京都市 福祉事務所長	年 月 日
申告者の住所又は居所	申告者の氏名
	電話番号 —

次のとおり、私の世帯の資産状況を申告します。申告内容は、事実と相違ありません。

1 土地、家屋 (有 ・ 無) ※相続等により、新たに世帯の方の名義となった不動産についても申告してください。

	区分	所有者	住所
土 地	居住用		
	その他 ()		
家 屋	居住用		
	その他 ()		

2 現 金 (有 円 ・ 無)

3 保有口座 (有 ・ 無)

名義人	金融機関名／支店名	預金残高(出資金含む)／取引状況
	銀行・信用金庫 農協・信用組合	年 月 日時点 円 ・ 不明
	本店・ 支店/出張所	取引あり・なし (年以上前から)
	銀行・信用金庫 農協・信用組合	年 月 日時点 円 ・ 不明
	本店・ 支店/出張所	取引あり・なし (年以上前から)
	銀行・信用金庫 農協・信用組合	年 月 日時点 円 ・ 不明
	本店・ 支店/出張所	取引あり・なし (年以上前から)
	銀行・信用金庫 農協・信用組合	年 月 日時点 円 ・ 不明
	本店・ 支店/出張所	取引あり・なし (年以上前から)
	銀行・信用金庫 農協・信用組合	年 月 日時点 円 ・ 不明
	本店・ 支店/出張所	取引あり・なし (年以上前から)

※裏面も記入してください。

受理 職員		保健福祉センター 受理年月日	年 月 日
----------	--	-------------------	-----------------

4 保 険（有・無）

保険会社	保険の種類／保険料	契約者	被保険者	受取人
	月・年 円			
	月・年 円			
	月・年 円			
	月・年 円			

5 自動車〔2輪車を含む〕（有・無）

車 種	登録番号	所有者	使用者	排気量
				cc
				cc

6 有価証券〔株券・国債等〕・貴金属その他高価なもの・人に貸しているお金等（有・無）

（種類・品目・金額等）

7 負 債（有・無）

金 額	借 入 先	借入時期	返済状況
円		保護開始前・ 年 月 日	未返済 返済中（月 円）
円		保護開始前・ 年 月 日	未返済 返済中（月 円）
円		保護開始前・ 年 月 日	未返済 返済中（月 円）
円		保護開始前・ 年 月 日	未返済 返済中（月 円）

（記載上の注意点）

- 1 資産申告書の1～7の項目について、その有無を○で囲み、詳細について記入してください。
- 2 資産申告書の1～7の項目について、申告内容を確認できる資料を提出してください。
- 3 生活保護を受けている方については、少なくとも12か月に1回以上、資産申告書を提出してください。
- 4 申告された内容について、再度、事実確認を行うことがあります。
- 5 不実の申告により不正に保護費等を受けた場合、生活保護法第78条の規定により不正に受けた保護費を返していただくことになる他、生活保護法第85条又は刑法の規定により処罰されることがあります。

保護変更申請書兼医療扶助決定書（傷病届）

受理年月日

.

.

世帯員コード												開始				廃止			
区	学区	町	世帯員	C	元	年	月	日	元	年	月	日							

申請にこられた方(申請者)																									
ところ(住所)										学区				名まえ(氏名)				通院又は入院する方との関係							
京都市										区				町				☐ 本人							
										団地				棟				号				☐ 同居の親族			
																		☐ 扶養義務者							
																		()							
(宛先) 京都市										福祉事務所長				年				月				日			
☐ 生活保護法の規定による																									
☐ 「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)に基づく措置による																									
保護の変更を申請します。																									
確認欄						☐ 別紙「医療扶助要確認リスト」 年 月発行分記載の医療機関を受診したことを確認しました。																			

太わく内に記入してください。

通入院するは方	名まえ(氏名) ☐ 申請者に同じ				☐ 男 ☐ 女	生年月日				世帯主の名まえ ☐ 申請者に同じ								
						年 月 日												
申請の内容	ところ(住所) ☐ 申請者に同じ										社会保険等の資格 ☐ あり ☐ なし							
	学区 町										1. 健康保険本人 5. 感染症法 2. 健康保険家族 6. 障害者総合支援法 3. 共済組合本人 7. その他 4. 共済組合家族							
	(1) 1. 入院 3. 歯科				(2) 1. 往診交通費の支給													
	2. 通院				2. 検査 3. その他													
今月はいじめて医師にかかる日又は入院する日										かかりたい医療機関の名まえ								
年 月 日										(区) 病院・診療所・ 医院・クリニック								
病状について (簡単に)																		
通院・入院予定期間						☐ 1か月 ☐ 2か月 ☐ 3か月 ☐ 4か月 ☐ 5か月 ☐ 6か月 ☐ 7か月以上												

☐ 居宅口座振込
☐ 事務所払い
☐ 医療機関払い

開始・却下						金銭支給額						廃止					
実施 年 月 日						円						実施 年 月 日					
起案 年 月 日												起案 年 月 日					
決定 年 月 日												決定 年 月 日					
決裁			処理			決裁			処理								
課長	係長	主係	任員	発券	金額入力	課長	係長	主係	任員	発券	金額入力						
病事由						事由						治ゆ・中止・入院・入院外・転医・死亡					

