

生活保護法施行細則の一部を改正する規則をここに公布する。

令和6年3月29日

天理市長 並 河 健

天理市規則第14号

生活保護法施行細則の一部を改正する規則

生活保護法施行細則（平成13年3月天理市規則第25号）の一部を次のように改正する。

第8条の見出しを「（扶養届書等）」に改め、同条第1項中「扶養照会書」を「扶養届書」に改める。

様式第10号及び様式第11号を次のように改める。

様式第10号 (第2条関係)

医療券交付処理簿

受給者 番号	交 付 年 月 日	診療月	ケース 番号	受 療 者 氏 名	居 住 町 村 名	受 療 機 関 名	診 療 別	単 独 ・ 併 用	単 給 ・ 併 給	有 効 期 間	本 人 支 払 額	交 付 方 法	交 付 職 員 印	記 名 欄	備 考

様式第11号 (第2条関係)

介護券交付処理簿

受給者 番号	交 付 年 月 日	受給月	世帯員 番 号	受 給 者 氏 名	保 険 者 番 号 被保険者番号	住 所	介 護 機 関 名 指定介護機関コード	サービ ス 種 類	単 併	有 効 期 間	本 人 支 払 額	交 付 職員印	備 考

様式第12号中

「 _____ 印 」を

「 氏名 _____ 」に改める。

様式第13号から様式第15号までを次のように改める。

生活保護法による葬祭扶助申請書

年 月 日

天理市社会福祉事務所長 宛

申請者 住所又は居所
氏名

次のとおり生活保護法による葬祭扶助を申請します。

死亡者	氏名 (姓・名)	(年 月 日)	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		(場所) (時間)	
葬 祭 費		遺 留 金 品 等	差引不足額	
円		円	円	
備 考				

様式第14号（第4条関係）

福祉事務所 受付月日	月 日
---------------	-----

給 与 証 明 書

天理市社会福祉事務所長 様

年 月 日

住 所

事業所（雇主）

次の通り証明します。

氏 名	(歳)		職 務 内 容 職 名 及 び		
居住地					
給 与 額	基 本 給	円	控 除 額	所 得 税	円
	日給(日分)	円		健 康 保 険 料	円
	家 族 手 当	円		厚 生 年 金 保 険 料	円
	地 域 手 当	円		失 業 保 険 料	円
	手 当	円			
	小 計(イ)	円		小 計(ロ)	円
差 引 支 給 額 (イ)-(ロ)			摘 要		
前 2 月 の 手 取 額	円	月分			
	円	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。					

※ 年 月 日までに提出して下さい。

様式第15号（第4条関係）

福祉事務所 受付月日	月 日
---------------	-----

住宅補修計画書

申請者 氏名	
-----------	--

現場の規模 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	
			円		円	
見積者	見積年月日	年 月 日				
	住所					
	氏名					

様式第17号中

「

生年月日	印

」

「

生年月日

」

を

に改める。

様式第19号、様式第21号及び様式第22号を次のように改める。

様式第19号（第6条関係）

年 月 日 交付
交付第 号

検 診 命 令 書

年 月 日

検査を受ける者の
居住地及び氏名

天理市社会福祉事務所長

印

下記により検査を受けて下さい。

- 1 検診を受ける日時
年 月 日 時 分
- 2 検診を受ける場所
- 3 検診を行なう医療機関の名称
所在地及び担当医師等氏名
- 4 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、天理市社会福祉事務所に相談して下さい。

様式第21号（第6条関係）

年 月 日	交付
交付第	号

検 診 料 請 求 書

天理市社会福祉事務所長 様

年 月 日

医療機関の所在地
名 称
医療機関の長又は
開設者の氏名

下記のとおり請求します。

※受診者		※居住地	
請 求 額	診 察 料	点	(検査名等)
	料	点	
	料	点	
	合 計	点	

(注意)
この請求書により直接天理市社会福祉事務所長あてに請求して下さい。

様式第22号（第6条関係）

年 月 日 交付
交付第 号

検 診 書

検査を受ける者の
居住地及び氏名

歳 男・女

天理市社会福祉事務所長 様

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 印
記事

※福祉事務所 印
囑託医意見

(注意)
この検診書は、天理市社会福祉事務所長あてに直接送付して下さい。

様式第24号及び様式第29号中「㊤」を削る。

様式第30号を次のように改める。

様式第30号（第12条関係）

年 月 日

就労自立給付金申請書

天理市社会福祉事務所長 様

申請者 住所又は居所

氏名

個人番号

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
	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□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。

様式第32号中

「
氏名 ④ を 氏名 に、
」 個人番号 」

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

「
※ 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。
※ この給付金においては公金受取口座登録制度の適用 に改める。
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。
」

様式第34号及び様式第35号中「④」を削る。

附 則

この規則は、公布の日から施行する。