DECLASSIFIED E.O. 12065 SECTION 3-402/NNDG NO. 75013

但し医療扶助の現物給付については、医療費支払金額を整理すること。

第一節　生活扶助の実施

第一項　居宅保護の場合

一、毎月支給日を一定し（毎月五日までの間に）被保護者に徹底しておき当日生活保護費支給票及び印鑑持参の上来所するよう指示すること。

二、扶助費は本人、世帯主其の他の被保護者又は民生局長の指定する者に交付する。

三、庶務係は支給日前十日迄に「保護費支給内譯書」二通を作成し誤算なきを確認して支出回議を付し、これを会計（収入役）に回付し扶助費を被保護者に支給し内譯書に領収印を捺印せしめ一通（正）は会計に保管し他の一通（副）は庶務係に保管すること。

四、新しく扶助を開始したものは扶助の決定と同時に前記三、四、項により其の月分を日割計算によって被保護者に支給すること。

五、(イ)被保護者に収入又ほ死亡等の移動が出来て扶助額の変更を生じたるときは前渡したる扶助費の過払金を日割計算によって翌月分の前渡金より差引返納せしめ当該科目に戻入すること。

(ロ)但し法第八十條に該当する時は変更、廃止、停止の申請書に明記すること。

六、なお生活扶助とともに、住宅扶助、教育扶助等継続的保護を併給するときは、その区分を明らかにして、生活保護費支給内譯表を作成し各種別に作成する必要はない。

七、特別基準及び一時扶助の実施に当っては、継続分については、「前記一」により、一時扶助は、その都度、すみやかに手続をし支給すること。

八、支出科目は保護の種類別の科目より夫々支出すること。

第二項　收容保護の場合

一、被保護者の收容を委託したる保護施設又はその他の收容施設の長より翌月分の「扶助費概算請求書」を毎月二十五日迄に提出（庶務係）せしめて毎月五日迄に前渡しすること。

二、新しく收容を委託したときは收容の委託と同時に概算請求書を提出せしめ、その月分を前渡しする。

三、概算支払に対して保護施設又はその他の收容施設の長より前月分の「精算書」を五日迄に提出せしめその概算支払が收容者の必要な生活費に（若しくは死亡移動により）余金が生じた時は精算書と同時に返納せしめ当該科目に戻入すること。

第二節　住宅扶助の実施

一、家賃＝（非所有者）家屋税、地租又は、地代等＝（所有者）に対する住宅扶助費の給付は、住宅扶助費基準額の範囲以内において、支給し、特別基準の設定をなしたるものは認可ののち支給する。

法第三十条、第三十一条

様式第三十六号

法第三十三条

様式第四十号

様式第四十一号

DECLASSIFIED E.O. 12065 SECTION 3-402/NNDG NO. 775013

二、右の住宅扶助を生活扶助と併給の被保護者に支給するときは、この内容を明らかにして、生活扶助費とともに支給すること。

第三節　教育扶助の實施

一、教育扶助の給付は、教育扶助費基準額の範囲内において、その月の必要なる額を支給するものとする。

二、学校給食費及び通学に交通機関の利用を必要とし、その通学費を扶助するときは、その最低に必要な費用を支給すること。

三、教育扶助費を生活扶助と併給の被保護者に支給するときは、この内容を明らかにして支給すること。

四、教育扶助費のうち学用品費、給食費について被保護者の通学する学校長に対して交付するときは、「生活保護法、教育扶助による學校給食証」を本人に交付し、学校長宛提出せしめ学校長より「學用品費、給食費請求書」を提出せしめ交付すること。

第四節　醫療扶助の實施

一、被保護者の医療を委託したる醫療機関より前月分の醫療費を毎月八日迄に請求書を提出せしめこれが内容を調査の上、先づ醫療券交付處理等に請求済の整理をした後、毎月十日迄に市保護課に返付すること。

二、醫療費審査決定の終りたるものより決定金額により支払うこと。

三、自己負担部分を定めた被保護者及び社会保険による負担部分のある被保

様式第三十二号
様式第三十三号

護者の診療報酬の支払に当つては、その負担部分は、自己、或は当該社会保険によつて支払わせること。

四、薬剤治療材料について金銭給付を決定したときは、その購入のために最少限度必要な費用を別に支給することができる。

五、看護料については毎月十五日迄に別に定める基準により被保護者又は看護人若しくは病院長より「**看護料請求書**」を提出せしめ支給のうえ領收証に捺印せしめること。

六、通院に要する交通費は被保護者より「**交通費請求書**」を提出せしめ業者へ直接支書の治療月日照合確認のうえ支払をなすこと。

七、義肢、コルセット等の支給に当つては請求書を提出せしめ業者へ直接支払のうえ領收証に捺印せしめること。

様式第三十一号

様式第三十九号

昭和二十四年七月二日二四厚第四七九号

第五節　出産扶助の實施

一、出産扶助の給付は、出産扶助基準額の範囲内において、被保護者に金銭給付し指定助産婦を利用せしめること。

二、出産扶助を現物によつて給付する場合は、助産婦を指定して利用せしめその費用については、助産婦より直接請求させ支払うこと。

三、出産のため必要な脱脂綿、ガーゼ、その他、衛生材料の費用については出産の購入のため必要な最少限度の費用を請求書によつて支給すること。

四、異常分娩、或いは、出産に伴い発生した疾病等のために入院を必要とす

法第三十五条

DECLASSIFIED E.O. 12065 SECTION 3-402/NNDG NO. 775013

る場合は、児童福祉法第三十六條の規定による助産施設に入所させるか、又はこれを醫療扶助として取扱うこと。

第六節　生業扶助の実施

一、生業に必要な資金の給付は保護を開始したるとき支給通知書を被保護者に交付支給し領收書に捺印せしめること。

二、生業に必要な技能の修得についての生業扶助の技能修得費はその期間により、夫々基準額の範囲内において支給すること。この生業扶助費を供用する施設の長に交付するときは、その都度領收書を徴すること。

第七節　葬祭扶助の實施

一、葬祭扶助は葬祭扶助費基準額の範囲内においてその葬祭を行う者に対して交付すること。

二、第十八條第二項の場合は葬祭を行う者より「**葬祭扶助保護申請書**」を提出せしめその者に対して交付すること。

三、死者に対してその葬祭を行う扶養義務者が居ない場合に葬祭を行う者に対して、葬祭扶助を実施するときは、その遺留金品を先づ、充当してなお不足の部分について決定実施すること。

第八節　施設事務費の給付

一、施設の長より毎月末日までにその月の分を「**施設事務費請求書**」により

法第三十七条

様式第四号

法第七十六条
規則第二十二条

様式第四十二号

請求せしめ支払うこと。

第九節　移送費の給付

一、生活扶助、醫療扶助、葬祭扶助のために移送を要したときは、その最低に必要な費用を移送を実施したものより請求書を提出せしめ支払のうえ領收書を徴すること。

第十節　特定保護実施についての確認

生活扶助の人工榮養費、一時扶助費
教育扶助の通学費
住宅扶助の補修費
醫療扶助の金錢給付
出産扶助の材料費
生業扶助の就労助成費
葬祭扶助の金錢給付

等、金錢給付をしたものについては、その実施後、領收書等により実施状況、給付金が適切に消費されたか等の確認に努めること。

第七章　ケースの指導及び調査
（保護開始後の措置）

DECLASSIFIED E.O. 12065 SECTION 3-402/NNDG NO. 73 013

保護の適正を期し本法の趣旨に反することなきを期するために常に被保護者並にその世帯に対し調査を怠らずその生活実情に応じ適宜保護の変更又は保護費の増減を行ひ更に一歩進んでこれを適当に指導し自立更正の精神を督励し以つてすみやかに保護の廃止、停止、又は支給額の變更を行ひうるような状態に招来することが極めて必要である。

第一節　指導調査の重點

一、保護者は稍もすると保護に慣れ保護に依存して無意識の裡に自立向上の意志を失ふものが多いこと。

二、保護が漫然と長期に亘り固定しないよう種々の方法を講ずること。

三、精神的物質的に凡ゆる角度より調査並に指導を行ひ生活向上を促進せしめ依存より獨立への思想を鼓吹すること。

第二節　事前の準備

(イ)　整理カードの整理

整理カードにより被保護世帯を訪問調査所要量により概ね左の区分によりABCの三段階に分類する。

A　一ケ月に一回以上訪問を要する世帯

B　二ケ月に一回訪問を要する世帯

C　三ケ月に一回程度訪問すればよい世帯

(ロ)　「日程表」を作成する。

ケースワーカ日程表はその行動を計画的に明らかにするものであるこれは当日朝係長に提出しその行動を明らかにすると共に事務終了后訂正し取扱統計資料として使用すること。

第三節　ケース指導

第一項　ケース指導の方法

一、事務所指導

事務所指導は被保護者が事務所に訪ねた際訪問員がその相談をうけその問題の解決指導等を通じて指導する場合と保護費の受領等の際特に必要な指導をする場合とがある。

二、訪問指導

訪問指導は担当ケースの実情によりこれを定期的及び臨時に行うが定期訪問指導はそのケース指導の必要性に応じて例へば十日に一回訪問を要する世帯、二十日に一回訪問を要する世帯、一ケ月に一回訪問を要する世帯に予め計画区分し置き定期的指導するものであり、なお、この間必要に応じ臨時訪問指導を行う。

この場合も新規申請に対する調査に赴く際近所又は経路中の被保護世帯を抽出して訪問する等能率化すること。

第二項　ケース指導の内容

DECLASSIFIED E.O. 12065 SECTION 3-402/NNDG NO. 775013

ケース指導は直接、保護に関聯して生活の維持、向上その他保護の目的を達成するために必要な範囲について行ふのみならず生活の全分野に亘つて積極的に指導しまた相談を誘導しこれを指導すること。

一、直接保護指導

直接保護指導は保護の目的を達成するために直接保護に関聯して行う指導であり必要により指示をしてこれを行うが特に必要とする指示は書面によつてこれを行う。

直接保護指導は主として、被保護者の法的義務を中心とする指導のほか、保護の目的に沿つてケースの自立を主眼とする指導を行うものとしこのため必要により各種の保護の適用及び広範な社会資源の活用を図ること。

(1) 勤労指導

世帯構成、就業就労の立地條件或いは内職関係、特技等ケース分析のうえ、常にその能力に応じて勤労に励むことを指導するとともに生活の全部を保護に頼り自らの勤労の能力と機会についての消極的態度等については特にこれを指導し積極的にその機会についても指導すること。

(イ) 稼働能力ある者には職業安定所に就職斡旋を申込ませると共に自らも依頼すること。

(ロ) 一度のみならず二度、三度たびたび通うよう指導すること。

(ハ) 内職斡旋の申込をなすようにすると共に自ら連絡し依頼すること。

(2) 家計指導

家計処理の良否はケースの生活の健全、不健全を直接導くものであり、その指導は最も重要なものである。

家計指導に当つても亦ケースの人格を尊重することは勿論であるが特に家計支出については保護費或いは現に保護を適用してゐることとの関聯のもとにその節約を図りまた收入については勤労指導とも相俟つてその健全維持を図つて指導すること。

然しこの場合必要以上の固定的指導に捉われることなく必要による臨時の家計処理については、機動的、応變的な指導をすることに特に留意すること。

(3) 生活の維持向上の指導

家計維持は生活維持の中心であるがその他環境衛生、精神衛生等に亘つて、その自力積極的生活を指導し進んでその向上を図るよう指導すること。特に生活扶助、醫療扶助については生活扶助費給付、醫療扶助給付に止らずその指導なくしては保護の目的達成は期し得られないことに留意し特にその生活設計等については適切なる助言指導を与へること。

また此の場合醫療扶助についてはその醫療担当者と密接に協力し療養者と家庭との関係についても積極的に指導すること。

(4) 生業指導

現に生業に携るもの及び生業に就こうとするケースに対してはその生活設計と並んで関係事業者等の協力を求めこれを指導し必要とするものには生業扶助の適用により指導すること。

DECLASSIFIED E.O. 12065 SECTION 3-402/NNDG NO. 775013

(5) その他の指導

(イ) 養育中の児童、就学児童をもつケースについては特にその養育或は就学狀態について指導し学校、児童福祉司、保健所と密接な連絡をすること。

(ロ) また保護に影響する收支の變動或いは居住地の異動、世帶構成の異動等を生じた場合はすみやかにその旨届け出るよう常に指導すること。

(6) 指導指示違反の取扱い

保護直接指導及び指示は必要により書面をもつて実施するが、被保護者がこれに従う義務に違反したときにおいても機械的に一率的に保護の變更、停止、廃止をすることなくその経過をよく分析して指導すること。保護の變更、停止廃止を実施するときはその理由とともに被保護者がこれに対して弁明できることと及びその日時、場所を明示した書面を予め通知して弁明の機会を与へその結果により処置を決定すること。

二、一般的生活指導

ケース指導は保護直接指導とともに生活の全分野に亘つて指導するがこのため常にケースの相談に積極的に応じケースは進んで問題を提供するよう指導すること。指導すべき内容は個々のケースによつて夫々異り戸籍問題、住宅貸借問題、転住問題、再婚問題、内職問題、就業、就労問題、或いは学童の学友問題等万般に及ぶが常にケースの自立性を中心として被保護者たる地位に固定抑制することなく適切なる助言指導をするとともに必要な專門処理については夫々の機関施設等の斡旋を図ること。

三、停止、廃止後の保護指導

ケース指導の目的は保護の実施と相俟つて被保護者の自立を図るにあるが、保護の停廃止は必ずしも完全な自立、社会的復帰を厳密に條件とせずなお継続的に多小の援護指導を要する場合があるので保護の停止、廃止ケースについてもなお或期間ケースの指導を必要とする。

後保護指導はこの必要性に応じて実施されるもので特に生活扶助、醫療扶助、生業扶助の後に必要とされるがその他の扶助についても当然相伴う指導である後保護指導は訪問指導によることを通常としその自立條件を積極的に伸長させることを主眼とし特にその生活設計の実現に当つては適切な助言と指導に努め近隣者関係者特に近隣居住者としての社会奉仕者である民生委員の協力を得て実施することが必要である。

第四節　ケース調査

第一項　調査の実施要領

ケースの指導は單に指導のみでなくその間の調査観察と相互に連繫し実施され、効果を擧げるものであり指導は調査を條件とするものである。

從つて調査と指導は夫々の分野と段階を保ちつつ相互に影響し綜合的に実施することを必要とする。

第二項　調査の内容

DECLASSIFIED E.O. 12065 SECTION 3-402/NNDG NO. 735013

1　保護狀況調査、調査はケースの生活狀況を中心として
(イ)　被保護者の保護該當條件の有無
(ロ)　收入の狀況
(ハ)　保護の種類の變更の要否
(ニ)　支給額の增減の要否
(ホ)　被保護者の操行狀況
(ヘ)　扶養義務者の扶養能力の現況
(ト)　停止廢止の要否
等を中心とする調査を先づ實施する。
2　指導狀況調査、更に調査に基いて實施した指導の經過及び結果について
も調査し指導を効果的ならしめること。指導狀況調査も亦保護狀況調査と
分離且つ單獨に實施することなく相互に關連利用を保ちつつ實施すること

第五節　指導並調査の結果

第一、保護の種類の變更
(イ)　一種の保護をしている者に他の保護を併給する場合
(ロ)　一種類の保護を廢止したことに代つて他の種類の保護を加へること。
以上の併給申請の場合は新規申請の場合と同じであるが既に被保護の狀態に
あることが判然としてゐるので大体無條件に許可することになるので
①「**併給申請書**」　②　個々の扶助に必要な添付書類を徵し

③　他の保護の種類の受給狀況を書類照合することでたりる。

第二、保護の方法の變更
①　居宅を收容に變更する場合
②　收容を居宅に變更する場合
③　收容施設を變更する場合
保護の方法の變更を行う場合は保護の重復を生ずることがあるから次の点に
留意すること。
(イ)　居宅→收容＝居宅保護を廢した翌日から收容保護すること。
(ロ)　收容→居宅＝(イ)の場合の反對とする。
(ハ)　施設變更の場合＝A施設は當日保護を廢止し。
B施設は翌日に保護すること。
此の場合に於ては保護の繼續はあるのであるから保護の方法變更の必要の理
由を詳記して（根拠となる書類あるときは添付して）裁決を仰ぎ行ふこと。

第三、保護の程度の變更
①　支給額を變更すること。
②　一部自己負担額を變更すること。
この場合には異動届に收支認定表を附して裁決を仰ぎ行うこと。但し變更の
月日を明白にして置くこと。

第四、保護の停止
(1)　被保護者が保護該當條件が消滅したが放置すれば再び保護を必要とする

DECLASSIFIED E.O. 12065 SECTION 3-402/NNDG NO. 775 013

狀態に陷る怖れのあの場合。
(2) 被保護者が必要な指導又は指示に從はない場合。
(3) 被保護者が義務を履行しない場合。
この場合に於ては「異動届」に訪問員の意見を附し裁決を仰ぎ行ふこと。
(經過を指導經過表に記錄すること)

第五、保護の廢止

(イ) 保護資格要件消滅した場合。
(ロ) 死亡、行方不明になつた場合。
(ハ) 他市町村に轉居した場合。
この場合に於ては異動届に意見を附して裁決を迎ぎ行うこと。

第六、保護の引繼

被保護者又は被保護者の世帶が他の市町村に轉居したる場合でその生活狀態が保護の必要ある場合。
① 保護に関する「**給付証明書**」を交付すること。
② 受けたる時は新規申請と見做して實地調査し必要に応じて保護を行ふこと。
③ 保護費の計算は給付証明書の翌日分より保護を開始すること。
④ 同一区内で轉居したる場合は訪問員間に於て引繼ぎをなすこと。
⑤ 市内で異動したる時は一件書類を引繼ぎ②号により行うこと。

第六節　第一項　指導の記錄

(1) 「**保護指導經過表**」に指導の都度具体的に記載し併せてその結果についても整理しておき新たな指導の基礎たらしめると共にケースの全貌を提供する資料たらしめること。
(2) 「ケース整理カード」も整理しケース把握と統計に便ならしめること。

第二項　調査の事務處理

(1) 「**保護（變更）通知書**」「**保護廢止（停止）決定通知書**」を交付する。
(2) 廢止したるものは索引カードにその旨を記入整理すること。
(3) 整理カードを整理すること等新規申請事務處理に同じ。
(4) 保護の變更、廢止、停止の場合は、職權保護であると移動届の提出によるとにかゝわらず「保護の決定、變更、廢止、停止について同」により処理すること。

第八章　不服の申立

被保護者又は申請者が保護の決定に不服があつて申立する場合はあくまで被保護者又は申請者の自由な意志を尊重してその理由の如何を問わずこれを受理することは被保護者又は申請者に納得できる公平なる保護を期しうるものである。

第一、受　付

不服申立があるときは保護の申請と同樣に親切丁寧に受付をなし保護係長に

様式第十二号
法第二十六条
様式第三十八号
様式第六十号
様式第十三号
様式第十四号
法第六十四条第一項

DECLASSIFIED E.O. 12065 SECTION 3-402/NNDG NO. 745013

連絡紹介すること。

第二、受　理

不服申立者より面接室に於て次の要領によりその理由を聴取すること。

（尚此の場合訪問員を同席せしめること。）

1　不服申立が保護を決定した日から三十日以内であるから関係書類により調査すること。

2　不服申立者は保護に不満をもつているので自然言葉、動作が感情的である点に留意すること。

3　不服申立者との対話は自由に意見を述べるように心がけ不快な感情を与えないようにして、その理由を詳細に聴取すること。

4　保護の決定した経緯を詳細に説明すること。

5　不服申立の裁決は知事がこれをなすことを周知せしめ知事より四十日以内に決定通知が申請者にあることを説明すること。

6　知事の裁決に尚不服がある場合はその決定通知書を受けた日から六十日以内に知事を通じて厚生大臣に不服申立ができる途のあることを説明すること。

7　不服申立は文書をもつてなすことを説明し「**不服申立書**」を交付し所要事項を記入の上署名捺印せしめ受理すること。

8　記載不能のものについては代筆し読みきかせた上捺印せしめ受理すること。

第三、「不服申立の処理」

1　「**不服申立處理簿**」に登載すること。

面接の結果不服申立を取消した場合でも登載すること。

2　不服申立を文書を以つて正式に受理したときは受理した日から五日以内に市長に次の書類を付して送付すること。

イ、不服申立書　ロ、意見書を作成すること。

ハ、不服申立に関する一切の参考資料

3　不服申立事項を指導票に登載すること。

4　不服申立を取消したるときでもその狀況を指導経過表に登載すること。

5　知事裁決による決定通知を受理したるときは指導経過表に必要事項を登載し決定通知により手続を行うこと。

6　一件書類はすべてケースファイルに綴込むこと。

第四、その他留意すべきこと。

1　不服申立の受理に当りその申立が妥当であると認める場合は知事又は厚生大臣の決定、或は裁決をまつことなく、保護申請却下を取消し、又は諸決定を變更する等の措置を、速かに講じ、その旨を直ちに県知事に報告すること。

なおこの処置をした場合においても不服申立書は必ず、県知事に送付しなければならない。

2　管轄外の不服申立書を受理したときは、関係市町村長に十日以内に送付し、且つその旨を不服申立人に通知すること。

法第六十六条第一項

様式第四十三号

法第六十四条第一項施行令第三条

様式第四十四号

法第六十四条第二項

施行令第四条

DECLASSIFIED E.O. 12065 SECTION 3-402/NNDG NO. 78 013

第九章　保護統計

第一節　保護統計の重要性

生活保護法に関する統計は極めて重要な資料として将来此の法律運用の指針となるので正しく作ることについて細心の注意を払はねばならない。

(イ) 素材が正しいこと。
(ロ) 正確にして且つ正しく行はれること。
(ハ) 数字は正しく書くこと。
(ニ) 法規通牒の研究を充分にすること。
(ホ) 各統計相互の関係に注意すること。
(ヘ) 提出期日を嚴守すること。

第二節　保護統計の種類

第一、保護統計月報

保護統計月報は次の五種類の統計をもつて一組として構成し前月分について毎月十日迄に報告すること。

(1) 「保護開始件數報告」　保護申請処理簿により前月中に開始した保護件数をその種類別に保護原因別に分けて作成報告する。
(2) 「保護申請件數報告」　保護申請処理簿により申請状況を明らかにする

様式第四十九号
様式第五十号

ものである。

(3) 「保護停、廢止件數報告」　前月中に停、廢止処分整理した索引カードにより停止又は廢止別に夫々の原因を、保護期間に対応せしめてその件数を報告する。
(4) 「保護狀況報告」　保護給付明細書により給付金額と收支認定額との関係について報告する。
(5) 「ケースワーカー取扱報告」　日程表によりその活動狀況を集計整理の上報告すること。

様式第五十一号
様式第五十二号
様式第五十三号
様式第五十四号

第二、保護費統計月報

「保護費統計報告」は保護費支出報告により保護費の支出狀況を前月分について保護費給付明細書により集計毎月十日迄に報告すること。

年度終了後これを集計して保護費支出年報として六月五日迄に報告すること

第三節　保護統計の作成方法

一、提出期日に應じて庶務係は各担当員よりの資料を取纏め集計の上提出する。

二、訪問員、面接員は庶務係より求められる内容につき求められる期日までに、作成の上庶務係に提出する。

第十章　保護費經理

保護は国の責任において実施されるものであり、その費用の財源は国民一般

法第七十条、第七十二条、第七十五条

DECLASSIFIED E.O. 12065 SECTION 3-402/NNDG NO. 78 013

の租税によつて、賄われ、国、県、市町村の夫々の負担及び支辨をなすものである。

保護のため支出する費用には一ケ年末満のものと一年以上のものがあり相当多額の費用をあつかうものであるから経理に於いては常に明らかな根拠をもつて正確を期せねばならない。

各民生安定所では夫々年間の收入支出を予想し予算を編成することはないが市に於ける予算管理の正確を期するためには各民生安定所の予算管理が適切でなければならない。

第一節 予算管理

第一、予算要求、所要予算の見積り又は、要求予算の見積りは過去の実績を基とし現在の保護状況をして適確に見積り確実な基礎のもとに「交付請求書」を領一、四半期毎に期の初まる前月の十五日迄に提出すること。

第二、「保護費差引簿」の記入、各保護種類別にその保護費支出の状況を明らかにならしめるため、保護費差引簿を整理し記入しなければならない。

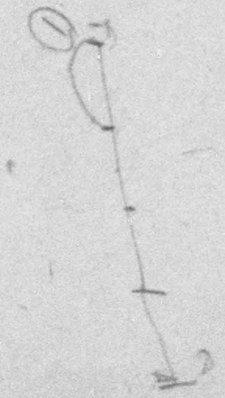
(1) 誤記のないようにすること。

(2) 不明瞭な文字のないようにすること。

(3) 訂正は明瞭にすること。

(4) 保護費給付明細書の合計と符合すること。

第三、費用返還及び徴集の取扱い。



様式第四十八号

A 徴收金

(1) 保護を受ける者に対して民法の規定により扶養義務を履行しなければならないとき其の義務の範囲内に於て支辨した費用の全部又は一部をその者から徴收したもの。

(2) 不実の申請その他不正な手段により保護をうけ又他人をしてうけさせたものがあるとき支辨した費用の全部又は、一部をその者から徴收したもの。

B 返還金

被保護者が急迫した場合等に於いて資力があるにもかゝわらず、保護をうけたとき保護に要する費用を支辨した区長に対し保護金品に相当する金額の範囲内に於いて区長の定める額を返還したとき。

C 充当金

(1) 葬祭扶助を行ふとき遺留金品を費用に当てるもの。

D 寄附金その他の收入

E 過払誤払

一、右によつて返還又は徴收したときは(A—C)これを予算原科目保護費に繰入処置し保護費支出報告及び保護費精算に当つては、備考欄に記入明らかにすること。

二、寄附金その他の收入については雑入(項)社会福祉費(目)保護費收入(附記)に才入として取扱い、保護精算に当つては当該欄に明

法第七十九条

法第六十三条

様式第六十一号

DECLASSIFIED E.O. 12065 SECTION 3-402/NNDG NO. 775013

らかにすること。

第二節　生活保護費負担金の精算

国及び県の負担金に対する精算のために「**精算算出調書**」を六月五日迄に提出のうえ精算すること。

第三節　繰替支辨の請求

繰替支辨のために厚生大臣の指定を受けた保護施設、指定醫療機関、その他これに準ずる施設に対する保護費及び、保護施設事務費を繰替支辨した区並に要保護者の急迫した狀況のもとにその保護費及び施設事務費を繰替支辨した区は、「**生活保護費繰替支辨金計算書**」及び支出に関する証拠書類を添付して支辨すべき市町村にその費用の弁償を請求の上原科目に繰入れること。

第四節　特に留意すべき事項

保護費の取扱いに当つてはすべて一年未満のもの（通称県費）と一年以上のもの（通称市費）とあるを以つていかなる場合に於いてもこの区別を明らかにして置くこと。

施行令第十条
様式第五十五号

法第七十二条
施行令第九条

様式第五十六号

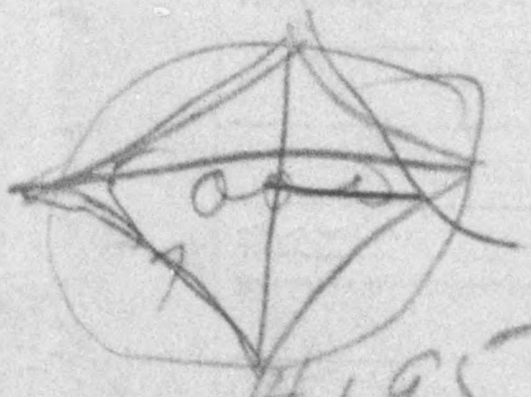
DECLASSIFIED E.O. 12065 SECTION 3-402/NNDG NO. 775 013

August 1950

昭和25年8月

Forms Attached to the Manual for Transaction of DLSL Administration (Separate Book)

生活保護法取扱事務提要様式



598

558

40

Welfare Section, Welfare Department,
Kanagawa Prefecture

神奈川縣民生部厚生課

598

DECLASSIFIED E.O. 12065 SECTION 3-402/NNDG NO. 775 013

生活保護法事務取扱提要様式目次

番号	名称	番号	名称
1	面接処理簿	31	保護指導経過表
2	索引カード	32	併給保護申請書
3	初診券	33	保護廃止(停止)決定通知書
4	初診券交付処理簿	34	不服申立書
5	保護申請書	35	不服申立処理簿
6	第十八條第二項保護申請書	36	生活保護費支弁計画書
7	保護申請処理簿	37 その一	生活保護費概算交付請求書(國費負担分)
8	世帯状況調書	37 その二	生活保護費概算交付請求書(県費負担分)
9	在職並に給與証明書	38 その一	同 算出調書
10	收入申告書	38 その二	同 算出調書(その一、その二)
11	無收入申告書	39 その一	生活保護費負担金精算書(國費負担分)
12	求職、日傭証明書	39 その一の二	生活保護費負担金請求書(國費負担)
13	收支認定表	39 その一の三	生活保護費負担金返納書(國費負担)
14	住居補修調書	40 その一	同 算出調書
15	医療扶助要否認定書	39 その二	生活保護費負担金精算書(県費負担)
16	生業計画書	40 その二	同 算出調書
17	扶助決定調書	39 その二の二	生活保護費負担金請求書(県費負担)
18	保護決定通知書	39 その二の三	生活保護費負担金返納書(県費負担)
19	作業員申請書	41	繰替支弁金請求書
20	保護授産事業作業員適格証	42	生活保護費返還(徴收)通知書
21	保護申請却下決定通知書	統計様式	
22	ケース整理カード	1	保護申請件数報告
23	特別基準設定申請書	2	保護開始件数報告
24	保護費給付明細書	3	保護停廃止件数報告
25	生活保護費支給証	4	保護状況報告(生活扶助)
26	生活保護費給與内訳表	5	ケース、ウワーカー取扱整理簿
27	送致書	6	保護費支出報告
28	医療券		
29	医療券交付処理簿	参考図	ケース、ファイル
30	ケース、ウワーカー日程表		

DECLASSIFIED E.O. 12065 SECTION 3-402/NNDG NO. 775 013

Forms Attached to the Manual for Transaction of DLSL Administration

(Separate Book)

Welfare Section, Welfare Department,
Kanagawa Prefecture

* * * * * * * * * * * * *

Contents

1. Interview Record
2. Index Card
3. DLSL First Medical Examination Card
4. First Medical Examination Card
5. Application under DLSL
6. Application for Funeral Aid under DLSL (Art. 18, Item 2)
7. Application Disposition Record
8. Family Situation Investigation Sheet
9. Employment & Payment Certificate
10. Income Statement
11. Non-Income Statement
12. Job-Applicant or Day Labour Certificate
13. Income & Expenditure Confirmation Sheet
14. Residence Repairs Statement
15. Medical Aid Eligibility Confirmation Sheet
16. Occupation Planning Statement
17. Aid Approval Record
18. Notice of Approval of Aid
19. Application for Employment (or Training) in Work-Shops
20. Qualification Certificate for Workers of Welfare Work-Shops
21. Notification of Rejection of Application
22. Case Adjustment Card
23. Application for Establishment of Special Standard of Aid in Accordance with DLSL
24. Detailed Statement of Delivered Protection Fee
25. Livelihood Assistance Payment Certificate
26. Itemized List of DLSL Aids Delivery for (Name of Month)
27. Transmittal Note
28. DLSL Medical Card
29. Medical Care Card Delivery Disposition Record
30. Case Worker's Programme List
31. Table of Records Concerning Protection and Guidance
32. Duplicate Aid Application under DLSL
33. Notice of Decision on Discontinuance (or Suspension) of Aid
34. Appeal Sheet
35. Appeal Disposition Record

DECLASSIFIED E.O. 12065 SECTION 3-402/NNDG NO. 775 013

(Cont'd)

36. Livelihood Assistance Payment Programme
37-1 Estimated Livelihood Assistance Delivery (by Government) Application
37-2 Estimated Livelihood Assistance Delivery (by Prefecture) Application
38-1 Estimated Livelihood Assistance Delivery (by Government) Application Accounts
38-2 Estimated Livelihood Assistance Delivery (by Prefecture) Application Accounts
39-1 Accounts of 19__ Fiscal Year Livelihood Assistance (Shared by Government)
39-1-2 Application for 19__ Fiscal Year Livelihood Assistance (Shared by Government)
39-1-3 Return Statment for 19__ Fiscal Year Livelihood Assistance (Shared by Government)
40-1 Detailed Accounts of 19__ Fiscal Year Livelihood Assistance (Shared by Government)
39-2 Accounts of 19__ Fiscal Year Livelihood Assistance (Shared by Prefecture)
40-2 Detailed Accounts of 19__ Fiscal Year Livelihood Assistance (Shared by Prefecture)
39-2-2 Application for 19__ Fiscal Year Livelihood Assistance (Shared by Prefecture)
39-2-3 Return Statement for 19__ Fiscal Year Livelihood Assistance (Shared by Prefecture)
41. Application for Provisionally Advanced Payment of Livelihood Assistance for (Name of Month).
42. Notice of Return (or Collection) of Livelihood Assistance

Statistical Forms

1. Report on Number of Application for Aid for (Name of Month).
2. Report on Number of Commencement of Aid for _____
3. Report on Number of Suspension & Discontinuance of Aid for _____
4. Report on Aid Condition for _____
5. Case Worker's Record for (Name of Month)
6. Report on Aid Expenses for (Name of Month)

Reference Diagram: Case File

DECLASSIFIED E.O. 12065 SECTION 3-402/NNDG NO. 775 013

Form No. 1
(様式第1号)

Interview Record
面接處理簿

Add supervisor's signature

受付番號	No. of Receipt	受付年月日	Date of Receipt	面接員	Intake Worker ~~Receptionist~~
氏名	Name of Applicant	住所	Address of Applicant	居住期間	Period of Residence

Family Conditions

世帶員狀況	氏名 Name	續柄 Relation	年令 Age	身心狀況 Physical & Mental Condition	特殊事項 Notes	世帶中心者職業 Main Supporter's Occupation

生活狀況	Living Conditions
相談事項 Items of Consultation	

Results 結果

DLSL, Disabled Persons Welfare Law, Child Welfare Law, etc. 生活保護法、身体障害者福祉法、児童福祉法、その他 法

Consultation Only. (Refusal of Application, Application, 申請、相談のみ（申請辞退、児童福祉司連絡、Communication with Child Welfare Officials, 公共職業安定所連絡、PESO, 保健所連絡） Communication with Health Centers)

First Medical Examination Card Delivery Record

初診券交付處理簿

Form No. 4
(樣式第4号)

交付年月日 Date of Delivery	初診券番 No. of Card	患者 Patient 申請番號 No. of Application	患者 Patient 氏名 Name	初診醫師名 Name of Doctor	受領者 Recipient 本人との関係 Relation with Patient	受領者 Recipient 氏名 Name	領収印 ~~Receipt~~ ~~Stamp~~ Seal for Confirmation of Receipt	費用請求年月日 Date of Application	交付吏員印 Seal of Official in Charge

DECLASSIFIED E.O. 12065 SECTION 3-402/NNDG NO. 743 013

交付年月日	初診券番	患者 申請番號	患者 氏名	初診醫師名	受領者 本人との関係	受領者 氏名	領收印	費用請求年月日	交付吏員印
	(Just the same with the preceding page.)								

DECLASSIFIED E.O. 12065 SECTION 3-402/NNDG NO. 735013

DECLASSIFIED E.O. 12065 SECTION 3-402/NNDG NO. 775 013

Form No. 5
(様式第5号)

~~in accordance with~~ under

Application ~~for Protection under~~ DLSL

生活保護法による 保護申請書

面接更員印
~~Reception~~ Sealed by In-take worker

記
下書の者生活保護法に依り保護を受けたく申請致します
The following person applies for protection under DLSL.

申請者	住所	Address of Applicant 区 町 丁目 番地		
	該当者と続柄又は関係 Relation with patient	氏名	Name of Applicant	㊞
申請年月日	昭和 Date of Application 年 月 日			

Classification of Application 申請区分: Livelihood, Education, Housing, Medical, Birth, Occupation, Funeral
生活・教育・住宅・医療・出産・生業・葬祭

※ 新 new. 再 old.
※ 居 out. 收 in (入)

	住所	Address of Family to Which DLSL Shall Apply.						
法の適用を受くべきもの	人員 Person	続柄 Relation	氏名 Name	性別 Sex	年令 Age	生年月日 Date of Birth	健康状態 Health Condition	学歴 School Career
	1	世帯主 Householder						
	2							
	3							
	4							
	5							
	6							
	7							
	8							
	9							
	10							

A 今日までなににによつてどの程度のくらしをたてていましたか。
By what & to what extent have they made their own living till today?

Disposition of Application 申請処理状況	Date of Receipt 申請受理 昭和 年 月 日	Date of ~~Decision on Protection~~ Approval 保護決定 和昭 年 月 日	
	Date of Rejection 申請却下 昭和 年 月 日	Date of Commencement of Protection 保護開始 昭和 年 月 日	

Why not on application? Should it not go on from #8 or ended not attached because the card index has this.

Notes: 1. Columns with asterisk shall be entered by the in-taker.
2. After entry is completed by the in-taker the card will be sent to the investigator.
3. In case the applicant is illiterate, the in-taker shall enter the items, form and ask for the applicant's seal.

註 (1) ※印は面接した吏員が記入する。
(2) 申請書を受理した吏員は記入終了のうえ調査担当吏員に廻付。
(3) 本人が記入出来ない時は面接吏員が記入し捺印をもとめること。

DECLASSIFIED E.O. 12065 SECTION 3-402/NNDG NO. 775 013

B 生活保護法の保護を申請するに至つわけ。
Reasons ~~for~~ of application for DLSL protection.

C 親戚等の扶養義務者はありますか。 （あればその住所、氏名、関係）
Address, name and relation of legally responsible relatives, if any.

D 家族のうちでつとめている方又は働いている方がありますか。
氏名 働いている所 その収入（一ケ月）
Name, working-place and monthly income of members of the family who are ~~engaged~~ working.

Have you experienced DLSL protection or consultation?

E 今まで保護をうけたり相談したことがありますか。
1. 受けたことはない No.
2. 昭和 年 月より
Yes. From — to 年 月まで (Period)
保護の種類
Kind of Protection
3. 申請をして却下された applied but rejected.
Date of rejection
昭和 年 月
4. 相談だけしたことがある
昭和 年 月
Yes, consultation only.
Date of consultation.

F その他特別の事情 Other special reasons.

1. I hereby certify that the above statement is true and correct to the best of my knowledge.

(1) 以上記載した事項について虚偽はありません。
(2) 虚偽の申立がありましたときは保護を廃止されても異議はありません。
(3) 生活保護法又はこの法律に基いて発する命令により市町村長がなした処分又は指示には必ず従います 。
(4) 保護に関する検診又は調査は正当な理由がない限り拒否しません。
(5) 申請内容に異動があつたときは必ず届出ます。
イ、住居異動 ロ、世帯構成の異動 ハ、收支の狀況の異動
ニ、扶助を必要とする事実の消滅したとき

氏名 Signed & sealed ㊞

2. I have no objection to discontinuance of assistance in case the statement is found false.

3. I wouldn't fail to comply with any decision or direction of the mayor of city, town or village in accordance with DLSL or an order based on DLSL.

4. I wouldn't, without good reason, refuse to undergo medical examination or investigation concerning protection.

5. I wont fail to report any change in the contents of application to you.
a. Change in residence. b. Change in household structure. c. Change in income and expenditure. d. Extinction of facts necessitating assistance.

DECLASSIFIED E.O. 12065 SECTION 3-402/NNDG NO. 775 013

Form No. 6
(様式第6号)

Application for funeral aid under (Art. 18, Item 2) DLSL
生活保護法による葬祭扶助(第十八條第二項)保護申請書

I hereby apply for funeral aid in accordance with Article 18, Item 2 of DLSL
下記の通り生活保護法第十八條第二項の葬祭扶助を受けたく申請致します。

申請者	住所又は居所	Address of Applicant 市郡		町村		番地	
	氏名	Name of Applicant	㊞	申請月日	昭和	年 Date of Application 月	日

死亡者	氏名	Name of Deceased	生年月日	Date of Birth 年 月 日
	死亡年月日	昭和 Date of Death 年 月 日		
The Deceased	死亡時の住所又は居所	Place of Death		
	葬祭を行う者との関係	Relation between Applicant & Deceased		
Funeral Expenses	葬祭を行うために必要な金額	葬祭年月日	昭和 Date of Funeral 年 月 日	
		検案料	Examination Fee	合計 Sum Total
		死体運搬料	Transportation Charge	
		火葬料	Cremation Fee	遺留金品充當額 Estimate of Money and Articles Left Behind.
		葬具料	Funeral Outfit Charge	
				差引金額 Balance
Disposition of Money and Articles Left Behind	遺留金品状況	現金	Cash	
Disposition of Application	申請処理	申請受理	昭和 Date of Receipt 年 月 日	扶助費支給月日 昭和 Date of Delivery of aid 年 月 日
		保護決定	昭和 Date of Decision 年 月 日	取扱者氏名印 Sealed by Person in charge

DECLASSIFIED E.O. 12065 SECTION 3-402/NNDG NO. 775 013

Is it necessary to have a serial number?

Form No. 2
(様式第2号)

Index Card 索引カード

No. of Application 申請番號	號	Case No. ケース番號	號
Applicant's Name 氏名	Membership of Household 世帶員 名	地區名	Name of District
Applicant's Address 住所			
Date of Application 申請月日	昭和 年 月 日	Date of Decision 決定月日	昭和 年 月 日
Date of Commencement 開始月日	昭和 年 月 日	Kind of Protection 保護種類	
Date of Discontinuance 廢止月日	昭和 年 月 日	Duplicate Aid Condition 併給狀況	
Reason for Discontinuance or Rejection 廢止却下理由			
		Date of Rejection 却下月日	昭和 年 月 日

DECLASSIFIED E.O. 12065 SECTION 3-402/NNDG NO. 775 013

Form No. 3
(様式第3号)

For Patients (患者用)

DLSL 生活保護法 First Medical Examination Card 初診券

番號 No.

患者の氏名 Name of Patient　Age 才　Sex 男 女

住所 Address 〃

傷病名 Diagnosis
病狀 Condition

Estimated Medical Expenses

醫療費概要	要治療日數 Number of Days for Treatment		日間	金額 Amount in yen	圓		
	入院治療を要する Hospitalization Necessary		要しない Unnecessary				
	手術を要すれば If Operation Is Necessary		健保點數 Health Insurance Points	點	金額 Amount in yen	圓	
	加入の健康保險等 Coverage of Health Insurance & Others						

診斷年月日 昭和 Date of Examination 年 月 日

醫師住所氏名 住所 Address & Name of Doctor or Dentist
醫師 歯科醫師 氏名 ㊞

昭和 Date of Issue 年 月 日發行

市町村長印 Mayor of City, Town or Village's Seal

市町村長 氏名 Name of Mayor of City, Town or Village ㊞

醫師印 Doctor's Seal

Notes 1. Show this card to the doctor for examination and have it filled up. 2. Submit this card for the patient to the mayor of city, town or village. 3. This card will be invalid without the publisher's seal thereon.
Remark: Estimation of medical care expenses ought to be in accordance with the remuneration for medical care due to National Health Insuran

◎注意 1. この券を醫師に出して診斷を受け記入してもらつて下さい 2. この「患者用」を市町村長に提出して下さい 3. 發行者の印のないものは無効です
備考. 醫療費の概算額は國民健康保險の診療報酬額によること

For Doctors (醫師用)

DLSL 生活保護法 First Medical Examin 初診券

患者の氏名 Name of Patient　A 才

住所 Address 〃

傷病名 Diagnosis
病狀 Condition

Estimated Medical Expenses

醫療費概要	要治療日數 Number of Days for Treatment		日間	金額 Amo			
	入院治療を要する Hospitalization Necessary		要し Unne				
	手術を要すれば If Operation Is Necessary		健保點數 Health Insurance Points	點	金額		
	加入の健康保險等 Coverage of Heal Insurance & Other						

診斷年月日 昭和 Date of Examinat 年 月

請求 初診料 Claim As Commencement Fee Points 點
檢查料 As Examination Fee Points 點 金額
(檢查)

醫師住所氏名 住所 Address & Name of D
醫師 歯科醫師 or Dentist 氏名

昭和 Date of Issue 年 月 日

市町村長 氏 Name of Mayor of City, Town

Notes 1.
◎注意 1. この券はお手許に置き、初診料等は醫療券町村へ請求して下さい。
2. 診斷のための檢査は診察当日判明記入し得のにして下さい。
3. 請求点数は國民健康保險の規定によつて下
4. 發行者の印のないものは無効です

1. Keep this card at hand request your charges from the cit village in the same procedure the medical care card.

2. Limit the scope of medic tion for diagnosis to an extent results can be seen and writt day.

3. As to the estimation of regulations of the National He Insurance shall apply correspon

4. Cards without the publ shall be invalid.

DECLASSIFIED E.O. 12065 SECTION 3-402/NNDG NO. 775 013

Form No. 3
(様式第3号)

First Medical Examination Card
初診券

番號 No.

Patient
"

Age 年 Sex 男 女

for Treatment 日間 金額 Amount in yen 圓
Necessary 要する Unnecessary 要しない
健保點數 Health Insurance Points 點 金額 Amount in yen 圓
Coverage of Health Insurance & Others
e of Examination 年 月 日
Doctor ~~Physician~~
dress & Name of
entist 氏名 ㊞
te of Issue 年 月 日 發行
me of Mayor of City, Town or Village
長 氏 名 ㊞
rd to the doctor for examination and
師に出して診斷を受け記入せしめられて下さい
bmit this card for the patient's
用を市町村長に請求して下さい 3. This card
town or village. のないものは無効です
t the publisher's seal thereon.
of medical care expenses ought
with the remuneration for
to National Health Insuran

市町村長印 Mayor of City, Town or Village's Seal

醫師印 Doctor's Seal

For Doctor (醫師用)

DLSL 生活保護法 First Medical Examination Card
初診券

番號 No.

患者の氏名 Name of Patient Age 年 Sex 男 女
住所 Address "

傷病名 Diagnosis
病狀 Condition
醫療扶助費請求明細 Estimated Expenses of Medical Aid
要治療日數 Number of Days for Treatment 日間 金額 Amount in yen 圓
入院治療を要する Hospitalization Necessary 要する Unnecessary 要しない
手術を要すれば If Operation Is Necessary 健保點數 Health Insurance Points 點 金額 Amount in yen 圓
加入の健康保險等 Coverage of Health Insurance & Others
診斷年月日 昭和 Date of Examination 年 月 日
請求 初診料 As Commencement Fee Points 點
檢查料 As Examination Fee (檢查) Points 點 金額 Amount in yen 圓

醫師 住所 Address & Name of Doctor or Dentist
住所氏名 醫師 歯科醫師 氏名 ㊞

昭和 Date of Issue 年 月 日 發行
市町村長氏名 Name of Mayor of City, Town or Village ㊞

Notes:
◎注意 1. この券はお手許に置き、初診料等は医療券と同様の手続で市町村へ請求して下さい。
2. 診斷のための檢查は診察当日判明記入し得る限りの範囲のものにして下さい。
3. 請求点数は國民健康保險の規定によつて下さい
4. 發行者の印のないものは無効です

1. Keep this card at hand and request your charges from the city, town or village in the same procedure as one with the medical care card.

2. Limit the scope of medical examination for diagnosis to an extent where the results can be seen and written that day.

3. As to the estimation of points, regulations of the National Health Insurance shall apply correspondingly.

4. Cards without the publisher's seal shall be invalid.

DECLASSIFIED E.O. 12065 SECTION 3-402/NNDG NO. 775 013

Application Disposition Record

保護申請処理

世帯主氏名	世帯人員	申請受付日	新再併の別	申請番號	申請した保護の種類 Categories of Application: 生活扶助	教育扶助	住宅扶助	医療扶助	出産扶助	生業扶助 (就労の助成)	生業扶助 (技能習得)	葬祭扶助	保護開始日	開始理由別件数	保護開始 生活扶助	教育扶助	住宅扶助
Name of Household	Membership of Household	Date of Receipt of Application	New, Old or Duplicate?	No. of Application	Livelihood Assistance	Education Aid	Housing Aid	Medical Care Aid	Birth Aid	〃	Occupation Aid (Vocational Training)	Funeral Aid	Date of Commencement of Protection	Reason for Application	Livelihood Assistance	Education Aid	Housing Aid
											(Employment Security)						

What is the for? Is it a registry of applicants, a registry of approved cases or a statistical report form? If a registry, it seems to be serving too many purposes. Simply a numbered series and number, name & type of aid would do. The card might show the rest of info

DECLASSIFIED E.O. 12065 SECTION 3-402/NNDG NO. 775 013

Application Disposition Record

保護申請處理簿

申請却下日	開始した保護の種類 Categories of Assistance								保護開始日	開始理由別番號	申請した保護の種類 Categories of Application								申請番號	新再併の別
	葬祭扶助	(技能習得)生業扶助	(就勞の助成)生業扶助	出産扶助	醫療扶助	住宅扶助	教育扶助	生活扶助			葬祭扶助	(技能習得)生業扶助	(就勞の助成)生業扶助	出産扶助	醫療扶助	住宅扶助	教育扶助	生活扶助		
Date of Rejection	Funeral Aid	~~Education~~ Occupation Aid	Occupation Aid (Employment Security)	Birth Aid	Medical Care Aid	Housing Aid	Education Aid	Livelihood Assistance	Date of Commencement of Protection	Reason for Application (Vocational Training)	Funeral Aid	Occupation Aid (Vocational Training)	〃 (Employment Security)	Birth Aid	Medical Care Aid	Housing Aid	Education Aid	Livelihood Assistance	No. of Application: 2	Meat, Old or Duplicate

What is the for? Do it a
ating of applicants, a
ation of approved cases
e statistical report form.?
negative, it seems to be among
ious purposes. Simply a
ctured series with numbers
ed. & Type of aid granted &c.
ld end of the sent of info

DECLASSIFIED E.O. 12065 SECTION 3-402/NNDG NO. 775 013

Form No. 7
(様式第7号)

Application Disposition Record

保護申請処理簿

摘要 Summary	申請却下日 Date of Rejection	開始した保護の種類 Categories of Assistance								開始理由別件数 Reason for Application	保護開始日 Date of Commencement of Protection	保護の種類 Categories of Application				
		葬祭扶助 Funeral aid	(技能習得)生業扶助 Occupation aid (Vocational Training)	(就労の助成)生業扶助 (Employment Security)	出産扶助 Birth aid	医療扶助 Medical care aid	住宅扶助 Housing aid	教育扶助 Education aid	生活扶助 Livelihood Assistance			葬祭扶助 Funeral aid	(技能習得)生業扶助 Occupation aid (Vocational Training)	(就労の助成)生業扶助 (Employment Security)	出産扶助 Birth aid	医療扶助 Medical care aid

DECLASSIFIED E.O. 12065 SECTION 3-402/NNDG NO. 775 013

Family Situation Investigation Sheet

Form No. 8
(様式第8号)

世帯状況調書

申請番號 Application No.	號	ケース番號 Case No.	號

世帯主氏名 Name of Householder		居住地 Address	
居住の始期 Date of ~~Settlement~~ Commencement of ~~Dwelling~~	年 月 日	前居住地 Previous Address	
現居住地に住むに至つた經緯 Circumstances of Dwelling	定住、疎開、引揚、入植 settlement evacuation repatriation immigration 罹災移住、移住 disaster move	本籍地 Permanent Domicile	
		現在地を選んだ理由（除定住） Reason for Choosing Present Address:	出身地だから 1. native place 親戚があるから 2. there are relatives 知人がいるから 3. there are acquaintances

	氏名 Name	続柄 Relation 世帯主 Householder	性別 Sex.	生年月日 Date of Birth.	年令 Age.	学歴 School Career.	身心の狀況 Mental or Physical Condition.	職業 Occupation. 特殊技能 Special Attainments	職業 Occupation. 現職 Present Occupation.	社会保険加入狀況 Condition of Social Insurance Coverage.	摘要 Remarks.
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											

調査 昭和 年 月 日 調査員 Date of Investigation Name of Investigator 印 Seal

世帯内不在又は死亡者 Members of Household Absent or Dead

氏名 Name	続柄 Relation	性別 Sex	年令 Age	不在又は死亡の時期及び場所 Period & Place of Absence or Death	原因 Cause	家庭との関係 Family Relation

扶養義務者及び縁故者の狀況 Condition of Legally Responsible Supporters & Relatives

氏名 Name.	続柄 Relation.	性別 Sex.	年令 Age.	住所 Address.	職業 Occupation.	扶養及び援助の有無狀況 Supporting ability & Condition of Assistance	折衝の經過 Outcome of Negotiation

社會環境 Social Environment.

Seems to me this should be approved by supervisor with comments.

DECLASSIFIED E.O. 12065 SECTION 3-402/NNDG NO. 775 013

Housing Situation

住居状況

種類 categories	1. 自家 (house owned / ground-rent) 地代 円) 2. 借家 (house-rent 家賃 円) 3. アパート (apartment rooms (rent 円) 4. 借間 (borrowed rooms (〃 円) 5. 間借 (lodger (〃 円) 6. 施設内 (institution (〃) 7. others	建物構造 structure of building	腐朽度 degree of decay
		建坪 building area	間貸の状況 any room rented to others?
		延坪 floor space	衛生状態 sanitary condition: 採光 lighting
		總室數 number of rooms	換氣 ventilation
水道 service water	有 yes 共用 common 無 no	使用室數 number of used rooms	濕氣 humidity
燈火 lighting	電燈 electric light { W W 個 個 その他 others	總疊數 total number of 'tatami'	居住適不適 fitness to live in
		使用疊數 number of used 'tatami'	

資産状況 condition of assets	内容 contents items	処分の可否、見積額 realizability & estimated amount	負債状況 condition of liabilities	内容 contents items	負債理由及び返済事情 liability reasons & repayment condition

生活歴 Life record

生活態度観察 Remark on the client's attitude toward daily life.

保護指導上特に留意すべき事項 Items noticeable from viewpoint of protection & guidance.

保護廃止(停止) Date of discontinuance (or suspension) of protection. 昭和 年 月 日

保護廃止(停止)理由 Reason for discontinuance (or suspension) of protection.

Why put this on line? It is getting ahead of the process.

DECLASSIFIED E.O. 12065 SECTION 3-402/NNDG NO. 775 013

（様式第８号）

世帯状況調書

申請番號	號	ケース番號	號

世帯主氏名		居住地	
居住の始期	年　月　日	前居住地	
現居住地に住むに至つた經緯	定住、疎開、罹災移住、移住、引揚、入植	本籍地	
		現在地を選んだ理由（除定住）	出身地だから　親戚があるから　知人がいるから

	氏名	続柄	性別	生年月日	年令	学歴	身心の狀況	職業 特殊技能	職業 現職	社会保険加入狀況	摘要
1		世帯主									
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											

世帯内不在又は死亡者	氏名	続柄	性別	年令	不在又は死亡の時期及び場所	原因	家庭との関係

扶養義務者及び緣故者の狀況

氏名	続柄	性別	年令	住所	職業	扶養能力の有無及び援助の狀況	折衝の経過

社會環境	

調査	昭和　年　月　日	調査員　印

DECLASSIFIED E.O. 12065 SECTION 3-402/NNDG NO. 775 013

住　居　状　況

種類	1. 自　家（地代　円） 2. 借　家（家賃　円） 3. アパート（　円） 4. 借　間（　円） 5. 同　居（　円） 6. 施設内（　） 7.	建物構造		腐朽度	
		建坪		間貸の状況	
		延坪		衛生状態 採光	
		総室数		衛生状態 換氣	
水道	有　共用　無	使用室数		衛生状態 濕氣	
燈火	電燈｛　W　個 　W　個 その他	総疊数		衛生状態	
		使用疊数		居住適不適	

	内容	処分の可否、見積額		内容	負債理由及び返済事情
資産状況			負債状況		

生活歴	
生活態度観察	
保護指導上特に留意すべき事項	
保護廃止（停止）	昭和　年　月　日
保護廃止（停止）理由	

DECLASSIFIED E.O. 12065 SECTION 3-402/NNDG NO. 775 013

Form #-9
(様式第9号)

Employment & Payment Certificate
在職並びに給與證明書

I hereby certify that the following statement is correct.
下記の通り證明します。

Name of Employer
事業所（雇主）印

In case my statement is false, I shall have no objection to being punished in accordance with article 83 of DLSL.
下記の通り證明します。虚偽の證明をした場合は生活保護法第八十三條の規定により處罰を受けても異存ありません。

Remarks Statement
記

氏名	Name	職名及び職務内容	Job Title & Job Contents
生年月日	Date of Birth (年 日 Age 才)		
居住地	Address		

給與額 Amount Granted		控除額 Amount Deducted	
基本給	Basic Pay	所得税	Income Tax
日給(　日分)	Daily Pay (for ~ days)	健康保険	Health Insurance
家族手當	Family Allowance	厚生年金保険	Welfare Pension Insurance
手當	~ Allowance	組合費	Association Fee
手當	~ Allowance		
小計 (イ)	Total (ロ)	小計 (ハ)	Total (ニ)
差引支給額 (イ)－(ハ)	Balance (ロ)－(ニ)	摘要	Remark
前二ヶ月の支給狀況	月分 Last Month's Pay		
	月分 Month Before Last's Pay		

DECLASSIFIED E.O. 12065 SECTION 3-402/NNDG NO. 775 013

Form #10
(様式第10号)

Income Statement 収入申告書

Date
昭和　　年　　月　　日

居住地 Address

氏名 Name (applicant) Sealed ㊞

To: Mr. —, Mayor of City, Town or Village
市町村長　何　某　殿

My present income is as follows: In case the
私の現在の収入は下記の通りです。
following statement of mine is false and I receive DLSL
下記の事實に虚偽があつて生活保護法の保護を受けた場合罰
assistance on account of the false statement, I shall have
則の適用があることを承知致します。
to be punished by law.

記 Statement

1. Itemization of Income
一、収入の状況

Income 収入		Expenditure (Expenses Necessary for getting Income) 支出（収入を得るための必要出費）	
賣上金	Proceeds	原材料費	Materials
料金	Fees	仕入金	Buying Cost
農業収入	Farming Income	交通費	Transportation
		所得税	Income Tax
		事業税	Business Tax
Net Income 差引純収益		Net Loss 差引純損失	

二、營業の種別
2. Classification of Business

三、營業の狀況（收入の低額な理由）
3. Condition of Business (Reasons for Low Income)

DECLASSIFIED E.O. 12065 SECTION 3-402/NNDG NO. 775 013

Form #11
(様式第11号)

Non-Income Statement 無収入申告書

Date
昭和　　年　　月　　日

To: Mr. ——, Mayor of City, Town or Village
市町村長　何　　殿

住所 Applicant's Address

氏名 Applicant's Name & Seal ㊞

My family has no income for the following reason #1.
私の世帯は下記 1. の理由によつて収入がありません。
I acknowledge that I shall be subjected to punishment in case the followeag statement comprises any untrue fact and I receive the aid on the false statement.
下記の事實が虚偽であつて、それにより生活保護法による保護を受けた場合罰則の適用があることを承知致します。

記 Statement

1. Reasons for Becoming Non-Income
1. 無収入になつた理由
a. Discharge. b. Failure in Business. c. Repatriation.
(ア) 勤務先失業　(イ) 營業失敗　(ウ) 引揚
d. Death of Householder or Other Members of Family. e. Loss of Fortune.
(エ) 世帶主又は他の稼働者の死亡　(オ) 資産の消費
f. Cannot Be Employed for Bringing Up Children. g. Illness
(カ) 子供の養育のため就職できない　(キ) 病氣
h. Crippled or Disabled.
(ク) 不具、廢疾のため

2. Efforts to get Income
2. 收入を得るための努力
a. Date of Application (for Employment to PESO)
(ケ) 公共職業安定所に求職申込　昭和　年　月　日
b. Date of application to Work-Shop for Work
(コ) 授産所に申込　昭和　年　月　日
c.
(サ)

DECLASSIFIED E.O. 12065 SECTION 3-402/NNDG NO. 775 013

Form #12
(認式第12号)

~~Job Applicant or Day Labour Certificate~~ 求職 日傭 證明書

No. —
第 號

Application #
申請番號

氏名	Name
居住地	Address

Contents of Certificate 證明事項

Job applicant's Matters 求職に關する事項		Day-labour Matters 日傭に關する事項	
求職受付日 Date of Application	昭和 年 月 日	登錄受付日 Date of Registration	
受付番號 No. of Application		受付番號 No. of Registration	
希望職種 Desired Type of Employment		過去一ヶ月の就勞日數 Number of Working-days in Past One Month	日
前職 Previous Occupation		過去一ヶ月の收入金額 Income in Past One Month	圓
失業保險 Unemployment Insurance 保險番號	Insurance No.	失業保險 Unemployment Insurance 保險番號	Insurance No.
給付月額	Monthly Grant	給付額	Grant Amount
摘要 Remark		摘要 Remark	

I hereby certify that the above statement is correct
以上の通り證明する

Date
昭和 年 月 日

Name of PESO chief
公共職業安定所長 氏名 Sealed 印

To: Mr. —, Mayor of City, Town or Village
市長村長 何某 殿

DECLASSIFIED E.O. 12065 SECTION 3-402/NNDG NO. 775 013

Income & Expenditure Confirmation Sheet. Form #13.
(様式第13号)

収支認定表

Minimum Living Costs Confirmation Sheet.
最低生活費認定欄

No. of Application.

申請番号	No.	世帯主氏名	Name of Householder

Bases for Minimum Living Costs 最低生活費基準額

区分 / 最低生活費認定の種別, Classification in Confirmation of Minimum Living Costs	0才以上～満2才未満 0~2	満2才以上～満5才未満 2~5	満5才以上～満9才未満 5~9	満9才以上～満13才未満 9~13	満13～満14才以上未満 13~14 男 male	満13～満14才以上未満 13~14 女 female	満14才以上～満25才未満 14~25 男	満14才以上～満25才未満 14~25 女	満25才以上～満60才未満 25~60 男	満25才以上～満60才未満 25~60 女	満60才以上 60 & up 男	満60才以上 60 & up 女	合計 total number of persons	本人の申立による額	調査員の認定した額 Amount confirmed by Investigator	市町村長の認定した額 Amount confirmed by Mayor of City, Town or Village
	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人		Amount Justified by the Client	
飲食物費 主食費 staple food	円 250	345	410	510	510	510	520	520	495	495	430	430				
飲食物費 副食費 side dishes	60	380	560	555	940	790	805	555	700	420	630	425				
飲食物費 調味料費 seasonings	45	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50				
飲食物費 ◎嗜好品費 sweets & beverages	10	10	10	—	—	—	—	—	—	—	—	—				
被服費 衣類 clothes	20	20	20	20	23	21	23	21	23	21	23	21				
被服費 身廻品 personal belongings	7	7	9	9	12	10	12	10	12	10	12	10				
保健衛生費 入浴費 baths	10	10	16	16	20	20	20	20	20	20	20	20				
保健衛生費 理髪費 hair dress	30	30	30	30	30		30		30		30					
保健衛生費 ◎衛生費 sanitation	8	8	10	10	10	34	10	34	10	34	10	9				
世帯人員 Household Membership	1人		2人		3人		4人		5人		6人以上1人を増す毎に Per one person after sixth					
住居費 ◎家具什器 furniture & utensils	25		25		25		30		30		15円					
住居費 水道料 water-rate	50		50		50		50		50							
光熱費 ◎電燈料 light	15		15		25		25		25							
光熱費 薪炭費 fuel	140		240		240		~~240~~ 315		315							
光熱費 ◎マッチ代 matches	5		5		5		5		5							
◎雑費 miscellaneous	50		50		50		50		50							
小計 Total																
家賃 House-Rent	円 35		円 35		円 55		円 55		円 70							
教育費 education																
給食費 lunches																
交通費 transportation																
人工栄養費 artificial nutrition	要 yes		無 no													
最低生活費所要額	Minimum Living Costs Totalled															

Reason for Confirmation different from Bases 基準額と異って認定した理由

1. Added amount by reasons separately designated. (1) 別に指示する処により加算した額 円
2. Whether application for establishment of especial ~~standard~~ bases necessary. (2) 特別基準申請を要するや否や 円
3. Other reasons for confirmation of amount different from the bases. (3) 其の他基準と異つた認定をした理由

摘要 Remark

◎印は基準通りとし査定しないこと
No assessment shall be made for items with ◎ where the bases shall apply without ~~any~~ modification.

DECLASSIFIED E.O. 12065 SECTION 3-402/NNDG NO. 775 013

Income Confirmation Sheet
収入認定欄

区分	資産の状況 Assets									負債の状況 Liabilities						恩給・給 Pension	保険 Insurance
										担保権の設定 Mortgage Rights Established							
	土地田畑	家屋	家財道具	機械器具	証券	預貯金	貸付金	現金	その他	土地田畑	家屋	家財道具	機械器具	借金	その他		
内容	Land, Rice-Fields & Farms	Home	Furniture & Utensils	Machines & Tools	Bonds	Deposits	Loans	Cash	Others	Land, Rice-Fields & Farms	Home	Furniture & Utensils	Machines & Tools	Debt	Others		
評価額																	

本人の申立 Statement by the Client

本人の名	収入の名称	内容 (勤務先及び職種) Employing Agencies & Type of Work	収益月額 Monthly Income Earnings	収益に伴う必要な費用月額 Costs	差引収入月額 Balance	調査員の認定した収入月額	市町村長の認定した収入月額	本人の申立と異つた認定をした理由 Reason for Confirmation Different from the Client's Statement
Name	Denominations of Income		円	1 別に指示される額 2	円	円 Monthly Income Confirmed by Investigator	円	其の他収益に伴う必要経費として認定した内訳 Other Items Confirmed as Necessary Expenses for Earnings
				1 別に指示された額 2 Otherwise Designated amount			Monthly Income Confirmed by Mayor of City, Town or Village	
合計 Total								
返債等に充当する額	Amount Appropriated for Repayment, etc.							
差引収入確定額	Net Income							

参考事項 Remarks

DECLASSIFIED E.O. 12065 SECTION 3-402/NNDG NO. 775 013

Form #-14
(様式第14号)

Residence Repairs Statement
住居補修調書

要保護者氏名 Client's Name
要保護者住所 〃 address

補修を必要とする概況 General Condition Necessitating Repairs.

補修所要材料内譯 Itemized Materials for Repairs

品目 Article	數量 Quantity	單價 Unit Price	金額 Amount in yen	摘要 Remarks

DECLASSIFIED E.O. 12065 SECTION 3-402/NNDG NO. 775 013

住居平面圖
Plan of the House

住居立面圖
Vertical View of the House

DECLASSIFIED E.O. 12065 SECTION 3-402/NNDG NO. 775 013

Form #15
(様式第15号)

Medical Aid Eligibility Confirmation Sheet. 醫療扶助要否認定書

申請
~~世帯~~番號 Application No.

世帯主氏名	Name of Householder	認定年月日	Date of Confirmation 年 月 日	調査員名	Name of Investigator

區分	世帯別	Itemization by Recipients 受療者別内譯			Total 計
受療者名	Patients' Name				
初診券番號	Nos. of Initial Treatment Card				
診療費	所要診療費月額概算額 Monthly Estimate of Treatment Fees				
	社會保險負擔額 Social Insurance Payment				
	差引所要診療費(イ) Balance (a.)				
醫療のため直接必要な經費 Costs Directly Necessary for Medical Care	移送費(通院費を含む) Transportation Fees, Including Commutation Fee				
	附添看護料 Nursing Fee				
	小計(ロ) Sub-Total (b.)				
	醫療概算月額合計 (イ)+(ロ) Estimated Monthly Total of Medical Care Expenses (a.+b.)				
	生活費餘剰額(ハ) Surplus of Income Over Living Costs (c.)				
	差引醫療扶助所要見込額 Balance, or Estimated Medical Aid.				
	現金支給の要否 (ハ)−(ロ) 要 yes ~ yen 否 no To be paid in cash or not. (c.-b.)				
	醫療券交付の要否 (ハ)−(ロ)−(イ) 要自己負擔額 self-payment ~ yen 否 no If the medical card is necessary or not. (c.-b.-a.)				

DECLASSIFIED E.O. 12065 SECTION 3-402/NNDG NO. 775 013

Form #-16
(様式第16号)

生業計畫書 Occupation Planning Statement

申請 世帶番號 Application No.

一、生業の中心となる者 Person for whom Planning was mainly Made.

氏名 Name 年齢 age 才 性別 sex 男 女 (生年月日 date of birth)

二、計畫事業名又は技能習得種別 Name of Planned Business or Types of Technique

三、生業を行う場所 Place Where Planned Occupation will be Followed

四、生業に要する金額（技能習得にあつてはその月額と期間をも併記のこと）品目並びに使途明細（見積書、その他所要書類添付のこと）

Necessary Expenses (monthly amount in yen and the period must be added in case of acquiring technique), articles and their specified purposes (the estimate and other pertinent documents should be attached).

五、將來の見込 Future Prospect

Estimated period for attainment of the purpose.

(一) 生業の目的の達成されるまでの見込期間

Estimated income and expenditure in case the purpose has been attained.

(二) 生業の目的の達成されたときの收支見込

	(イ) の內譯見込額 itemized estimate of a.	(ロ) の內譯見込額 itemized estimate of b.
a. estimated income & expenditure (イ) 收入見込額		
b. necessary costs for getting income (ロ) 收入に伴う必要經費		
c. balance (ハ) 差引純收入見込額		
d. present income (ニ) 現在の收入		
e. estimated increase in income (ホ) 收入增加見込額 (ハ)−(ニ) (c.−d.)		
f. confirmed minimum living costs (ヘ) 最低生活費認定額		
g. surplus or deficit (ト) 家計收支過不足		

DECLASSIFIED E.O. 12065 SECTION 3-402/NNDG NO. 775 013

Form #17
(様式第17号)

ケース番號	Case No. 號	扶助決定調書 aid ~~Decision~~ Approval Record	世帯主氏名 Name of Householder
最低生活費基準額 bases for minimum living costs		收入充當額 appropriated amount for income	

種類 categories	認定額 confirmed amount	認定額 confirmed amount 圓	扶助決定額 approved aid amount	決定年月日 date of approval ~~decision~~
生活 living				
住宅 housing				
教育 education				
計 total				

備考 notes

DECLASSIFIED E.O. 12065 SECTION 3-402/NNDG NO. 775 013

Form #18
(様式第18号)

No.

Notice of approval of aid
保護決定通知書

昭和　年　月　日 date

申請者　住所 applicant's address

氏名 〃 name　殿

to Sed
name of Mayor of City, Town or Village
市町村長　氏名　印

You are hereby informed that your application as of ~
昭和　年　月　日申請のあつた生活保護法による
for DLSL aid has been approved as follows.
保護については下記の通り決定致しましたから通知します。

記

申請者氏名	Name of Applicant	保護開始月日	昭和　年　月　日 Opening Date
世帯員數	Membership of Household	保護の種類	Types of aid
決定理由	Reason for approval	保護の方法	Means of aid
		保護の程度	Degree of aid
		備考	Remarks

注意事項 Notes;

1. You may appeal within 30 days in case you have complaint about this decision.
2. Report without delay in the following cases.

1. この決定に不服のある場合は30日以内に不服の申立ができます。
2. 次の場合はすぐ届出て下さい。

a. Increase or decrease in membership of household under protection.
保護を受けている世帯人員が増したり減つたりしたとき
b. Changes in family conditions, especially increase or decrease of income.
家計の狀況に異動があつたとき、特に收入に增減があつたとき
c. Illness, recovery or death of family members.
病人が出たり、病氣が治つたとき又は死亡者が出たとき
d. Change of address.
住所が變つたとき
e. In case aid becomes unnecessary.
保護を必要としなくなつたとき

DECLASSIFIED E.O. 12065 SECTION 3-402/NNDG NO. 775 013

Form #19
(様式第19号)

Application for Employment (or Training) in Work-Shops

作業員申請書

昭和　　年　　月　　日 Date

To Chief of City, Ward, Town or Village

市區町村長殿

Name & Seal of Applicant
氏名　　印

Date of Birth
生年　　月　　日

I want to become an employee in the work-shop and hereby request that the certificate of
私儀　　授産場の作業員となりたく「保護授産
qualification for being work-shop workers will
事業作業適格證」を交付下さる様申請致します。
be issued and delivered to me.

本籍地	Permanent Domicile
現住所	Present Address
~~Have~~ Are you receiving aids in accordance with DLSL? 生活保護法の保護を	受けている。yes
	受けていない。no
Have you applied to PESO for work? 公共職業安定所へ	申込している。yes
	登録していない。no

DECLASSIFIED E.O. 12065 SECTION 3-402/NNDG NO. 775 013

Form #20
(様式第20號)

Qualification Certificate for a Worker of the Welfare Work-Shop

保護授産事業作業員適格證

Date of application
昭和　年　月　日發行

第 No. 號

氏名 Name　年令 Age　才

本籍地 Permanent Domicile

現住所 Present address

I certify that the above-named 上記の者は、保護授産事業の作業員として適格者であることを is qualified as a worker of the welfare work-shop. 證明する。

(Note: This certificate shall be valid for six months.)
(注意・この証明書は、六ヶ月間有効とする)

市區町村長　印
Seal of Chief of City, Ward, Town or Village

(Remarks on the back)
(注意事項裏面)
Notes

DECLASSIFIED E.O. 12065 SECTION 3-402/NNDG NO. 775 013

Notes: 1. Don't fail to carry this certificate with you in case you work in the workshop.

2. you must show this certificate to the official if asked for.

3. you can not lend or transfer this certificate to others.

4. If this certificate is badly spoiled or lost, report it readily.

5. In case this certificate becomes invalid, in case you have lost qualifications as a worker of the work-shop, or in case you have stopped to be a worker of the work-shop, readily take necessary processes to return the certificate to our office.

Notes:
(注意事項)

(1) 授産場で作業するときは、必らず本証を携帯しなければなりません。
(2) 係員の請求があつたときは、いつも本証を呈示しなければなりません。
(3) 本証を他人に貸與又は譲渡してはなりません。
(4) 本証を甚だしく破損したとき、又は紛失したときは、直ちに届け出て下さい。
(5) 本証の有効期間を経過したとき、授産場の作業員の資格を失つたとき、又は授産場の作業員をやめたときは速かに返還の手続をとつて下さい。

求職申込月日	Date of Application for Employment
照會顛末	Details of Inquiry
市區町村長の印	Seal of Mayor of City, Ward, Town or Village

公共職業安定所との連絡
Contact with Public Employment Security Office

DECLASSIFIED E.O. 12065 SECTION 3-402/NNDG NO. 775 013

Form #21
(様式第21号)

Notification of Rejection of Application
保護申請却下決定通知書

No.
第　　號

Date
昭和　　年　　月　　日

住所 Applicant's address
申請者
氏名 〃 Name 殿

Name & Seal of Mayor of City, Town or Village
市町村長　氏　　名　印

Your application for aid under DLSL as of ~ has
昭和　　年　　月　　日申請のあつた生活保護法による
been rejected as ~~not~~ acceptable for the following reason.
の保護については下記の理由で保護
し難いから却下します。

記

却下の理由
Reason for Rejection.

決定の14日を超過した理由 Reason ~~why~~ it took more than 14 days before this decision.

◎ この決定に不服の場合は30日以内に不服の申立ができます。
You may appeal within 30 days in case you have complaints about this decision.

DECLASSIFIED E.O. 12065 SECTION 3-402/NNDG NO. 775 013

(表)

(様式第22号) Form #22

ケース整理カード
Case adjustment card.

Case no ケース番號			
訪問必要回數	number of Necessary times of visits.		
世帶主	Householder	住所	address.

	氏名 Name	續柄 Relation	生年月日 Date of Birth	特殊事項 Special matters
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

保護種別	Type of aid
利用し得る資源	Available Resources
ケース特殊事情	Special circumstances of the case

DECLASSIFIED E.O. 12065 SECTION 3-402/NNDG NO. 775 013

(裏)

		昭和 年 The year of —	昭和 年 The year of —
name of month	月別		
visited	訪問		
recorded or not	記載済		

DECLASSIFIED E.O. 12065 SECTION 3-402/NNDG NO. 775 013

Form #23
(様式第23号)

生活保護法による保護の特別基準設定申請書

Application for Establishment of Special Standard of Aids in accordance with DLSL.

昭和　年　月　日　Date

市町村長　Name of Mayor of City, Town or Village　Seal 印

下記のとおり生活保護法による保護の特別基準設定の必要を認めますので、世帯状況調書、収支認定表添付のうえ認可方申請致します。

as in the following I acknowledge the necessity of establishing special basis of protection in accordance with DLSL, and I hereby apply to you for your approval with Family Situation Investigation Sheet and Income and Expenditure confirmation sheet.

知事
厚生大臣　To Governor & Welfare Minister　殿

現在までの経緯 Circumstance of the Case	要（被）保護者住所、氏名 Brief	client's (or Recipient's) Name & address
	市町村長へ申請した保護の種類、年月日	Types of aid & Date applied for to Mayor of City, Town and or Village 昭和　年　月　日
	市町村長の決定した保護の種類、程度、年月日	Types ~~of aid~~, Degree of aid, and Date, Approved by Mayor of City, Town or Village. 昭和　年　月　日
特別基準設定を必要とする特殊事情 Particular Circumstances Necessitating Establishment of Special Basis	特別基準設定申請額	Amount in yen Applied for to Be Established as Special Basis

DECLASSIFIED E.O. 12065 SECTION 3-402/NNDG NO. 775 013

特別基準設定算出調書

（記 載 要 領）

Livelihood assistance
生　活　扶　助
Standards for necessary expenses.
1. 必要とする費目の基準額
Amount of necessary expenses.
2. 必要とする費目の金額
Itemization of necessary expenses.
3. 必要とする費目の金額内譯
In case of nutrition, the physician's prescription of items and quantity shall be attached.
4. 榮養費の場合は、醫師の品目、數量に對する診斷書を添える

Housing aid (House Rent)
住　宅　扶　助（家賃）
Basis in yen
1. 基　準　額
Actual Condition of Rentals
2. 賃借の實情、內容等

Educational aid
教　育　扶　助
Necessary expenditure to date of use
1. 必要とする使途と實施年月日
Itemized amount in yen
2. 必要とする金額と內譯
With the schoolmaster's certificate.
3. 學校長の證明を添える

Temporary Living aid, Maternity aid, Occupation aid, Funeral aid.
生活扶助の一時扶助、出產扶助、生業扶助、葬祭扶助
Name, quantity, unit price and amount in yen of necessary articles.
1. 必要とする物品等の名稱、數量、單價、金額
Selection of sellers and others,
2. 購入先等についての選択
Other pertinent matters
3. 其の他必要な事項

Notes:
備　考
Specify in detail of each aid.
1. 各扶助とも具体的、詳細に記載すること
In case the same household or person receives several aids, they must be entered in this column separately.
2. 同一世帶（同一人）で各扶助に亘るときは本欄に各扶助毎に記載する
For house repairs with housing aid, use House Repairs Statement Sheet otherwise prescribed.
3. 住宅扶助の住居補修には別に定めた住宅補修調書を用いること
（3·000圓以上）
(Over 3,000 yen)

Form #24
(様式第24号)

Detailed Statement of Delivered Protection Fee

保護費給付明細書

ケース番號	Case No.	氏名	Name	住所	Address
開始年月日	Date of Commencement 昭和 年 月 日	廢止 年月日	Date of Discontinuance 昭和 年 月 日	世帶人員	Membership of Household

生活扶助、教育扶助、住宅扶助 (家賃) Livelihood Assistance, Educational aid, Housing Aid (House Rent)

Date 年月	最低生活費認定額 Confirmed Amount as Minimum Living Costs.	收入認定額 Confirmed Income	扶助支給額 Amount of Aids	生活扶助 Livelihood Assistance	教育扶助 Educational Aid.	住宅扶助(家賃) Housing Aid. (House Rent)	備考 Notes

DECLASSIFIED E.O. 12065 SECTION 3-402/NNDG NO. 745 013

医療扶助 Medical aid									その他の扶助 Other aids		
受療者名	医療券交付日	通院入院別	医療機関名	傷病名	診療費		移送費材料費等		種類	支給月日	金額
					支拂日	金額	支給日	金額			
Patient's Name	Date of Delivery of Medical Care Card	Hospitalized or Not	Name of Medical Care Agency	Name of Disease	Treatment Fee: Date of Payment	Sum of Money	Transportation Fee, Materials Fee, etc.: Date of Payment	Sum of Money	Category	Date of Delivery	Amount

Assistance not in accordance with DLSL
生活保護法によらない保護

年月日 Date	摘要 Summary	金額、現物品目等 Amount of Money, (Articles, etc. List of)

DECLASSIFIED E.O. 12065 SECTION 3-402/NNDG NO. 745 013

DECLASSIFIED E.O. 12065 SECTION 3-402/NNDG NO. 775 013

Form #25
(様式第25号)

生活保護費支給證
Livelihood Assistance Payment Certificate

for the year of 19—
昭和　　年度

ケース番号 Case No.
氏　　名 Name
住　　所 address

Name of City, Ward, Town or Village 市（區）町 村

取扱者 Name and Seal of Official in Charge
氏　名　　印

注意 Notes:

1. Handle this certificate with care not to lose or spoil it.
1. 本證は紛失や汚損しないよう大切に取扱つて下さい.
2. Send in this certificate with your seal to the person in charge on the day of payment of aids every month.
2. 毎月扶助金の受給日には本證と使用印鑑とを係員に差出して下さい
3. Lose no time in reporting changes of address or householder.
3. 住所又は世帯主に異動等があつたら直ぐ届け出て下さい
4. In case you miss this certificate or your seal, report it readily to our office.
4. 本證及び印鑑を紛失したときは直ぐ届け出て下さい

DECLASSIFIED E.O. 12065 SECTION 3-402/NNDG NO. 775 013

開始年月日 Opening Date	昭和　年　月　日
廃止年月日 Closed Date	昭和　年　月　日

變更狀況 Condition of changes

月日 Date	家族數 Family Members	支給額 Amount of Payment	變更理由 Reason of changes

扶助金受領に使用する印鑑	Seal you usually use in receiving the grant.

April Pay Day

4月分支給日	
生活扶助	Living Aid
教育扶助	Housing Aid
住宅扶助	Educational Aid
計	Total

5月分支給日	
生活扶助	
教育扶助	
住宅扶助	
計	

6月分支給日	
生活扶助	
教育扶助	
住宅扶助	
計	

7月分支給日	
生活扶助	
教育扶助	
住宅扶助	
計	

8月分支給日	
生活扶助	
教育扶助	
住宅扶助	
計	

9月分支給日	
生活扶助	
教育扶助	
住宅扶助	
計	

10月分支給日	
生活扶助	
教育扶助	
住宅扶助	
計	

11月分支給日	
生活扶助	
教育扶助	
住宅扶助	
計	

12月分支給日	
生活扶助	
教育扶助	
住宅扶助	
計	

1月分支給日	
生活扶助	
教育扶助	
住宅扶助	
計	

2月分支給日	
生活扶助	
教育扶助	
住宅扶助	
計	

3月分支給日	
生活扶助	
教育扶助	
住宅扶助	
計	

Form #26
(昭和22年)

Itemized list of DLSL aid delivery for (name of month).

生活保護費給與内訳表

付

月分

期間 Period	支給額 Paid Sum of Money	内訳 Items			所住 Address	名氏 Name	印領受 Seal of Receipt	考備 Remarks
		生活扶助 Livelihood Assistance	教育扶助 Educational Aid	住宅扶助 Housing Aid				

期間 Period	支給額 Paid Sum of Money	内訳 Items			所住 Address	名氏 Name	印領受 Seal of Receipt	考備 Remarks
		生活扶助 Livelihood Assistance	教育扶助 Educational Aid	住宅扶助 Housing Aid				

DECLASSIFIED E.O. 12065 SECTION 3-402/NNDG NO. 735 013

DECLASSIFIED E.O. 12065 SECTION 3-402/NNDG NO. 775 013

DECLASSIFIED E.O. 12065 SECTION 3-402/NNDG NO. 775 013

Form #27
(様式第27号)

Transmittal Note

送致書

no.
第　　號

Date
昭和　　年　　月　　日

To: Mr. —　　殿　　or Village

Name & Seal of Mayor of City, Town,
市町村長　何　某　印

You are respectfully requested to take care of the
下記の者を生活保護法により貴所（院）に送致し
below named whom I am referring to your institution
ますからよろしく御願いします
in accordance with DLSL.

氏名	Name of Client	age 才	Sex 男女	(Date of Birth 年 月 日生)	
世帯主氏名	Householder's Name	age 才	Sex 男女	本人との續柄	Relation
居住地	Present Address				
本籍	Permanent Domicile				
職業	Occupation	教育	Education		
特殊技能	Special attainments	勞務程度	Degree of Work		
保護の類種	Kind of Protection	保護開始年月日	Date of Commencement of Protection 昭和 年 月 日		
摘要	Remarks				

切取 (perforated line)

Notice of Accom

收容（入

Date
昭和　　年　　月

施設所在地

施設名

代表者名

To: Mr. —, Mayo

市町村長

I hereby notify you that t
昭和　　年　　月
here as of —, No. —
送致の者下記の通り收

氏名	Client's Name
保護の種類	Kind of P
收容入院年月日	Date
摘要	Remarks

DECLASSIFIED E.O. 12065 SECTION 3-402/NNDG NO. 775 013

Form #27
(様式第27号)

Notice of Accomodation (or Hospitalization)

収容(入院)通知書

Date
昭和　　年　　月　　日

施設所在地 address of Institution

施設名 Name of Institution

代表者名 Name of Responsible Person ㊞ Sealed

To: Mr. —, Mayor of City, Town or Village
市町村長　何　　某　殿

I hereby notify you that the below named person ~~who was~~ referred here as of —, No. —, was accomodated in our institution as follows.
昭和　年　月　日第　號をもつて送致の者下記の通り収容致しましたから通知します

氏名	Client's Name　age 才 Sex 男女 (Date of Birth 年 月 日生)
保護の種類	Kind of Protection
収容年月日	Date
摘要	Remarks

切取(perforated line)

or Village
City, Town
某　印
care of the
に送致し
our institution

of Birth
月　日生)

柄 Relation

ction

of Work

Commencement
年　月　日
ction

DECLASSIFIED E.O. 12065 SECTION 3-402/NNDG NO. 775 013

Form #28
(様式第28号)

DLSL Medical Card

生活保護法 醫療券

Household No.
世帯番號

Issue No. 交付番号	第 号	Issue Times 交付回数	第 回	Date of Issue 交付年月日	昭和 年 月 日		

Householder 世帯主	氏名	Name	Age 才	Sex 男 女	職業	Occupation	
	住所	address					
Patient 受療者	氏名	Name	Age 才	Sex 男 女	Date of Birth (年 月 日生)		
	住所	address			社会保険の受給資格	Social Insurance Qualification	
	世帯主に対する続柄	Relation between Patient & Householder			職業	Occupation	
傷病名		Diagnosis	居宅 Out / 入院 In		受領者自己負担額	Recipients Payment 圓	
受療機關	名稱	Name of Treatment Agency					
	所在地	Address					

Issuer 發行者 市町村長 氏名 Name of Mayor of City, Town or Village ㊞ Sealed

本券有効期間 年 月 日まで Effective Period: up to —

◎注意 Notes:

一、診療を受けるときはこの券を病院診療所に提出して下さい

切取線

受療者 氏 住 Do 記 Ch 要

月分 Estimated Medical Care Expenses

DECLASSIFIED E.O. 12065 SECTION 3-402/NNDG NO. 775 013

Form #28
（様式第28号）

Household No.
世帯番號

年 月 日

職業 Occupation

Date of Birth
年 月 日生）

社会保険の給付資格 Social Insurance Qualification

Occupation

Recipient's Payment 圓

Mayor of City, Town or Village 印 Sealed

切

取

線

Estimated Medical Care Expenses 月分

Treatment Continuation Certificate

治療繼續證

During (name of month), 19—.

昭和 年 月 中

Names of Treatment Agency and Doctor's Name 印 Sealed

受診機關名
醫師

To: Mayor of City, Town or Village

市町村長殿

~~The result of my diagnosis is as follows:~~

下記の通り引續き治療を要する
Further medical treatment will be necessary as follows:

記

受療者	氏名	Patient's Name			
	住所	Address			
月分	診察料	Doctor's Fee 回 times 点 points		處置料	Additional Treatment Fee 回 点
	藥治料	Charge for Medicine 回 点		入院費	Charges for Hospital Accomodation 回 点

DECLASSIFIED E.O. 12065 SECTION 3-402/NNDG NO. 775 013

療機關	所在地	Address

發行者 Issuer

市町村長

氏名 Name of Mayor of City, Town or Village 印 Sealed

本券有効期間 年 月 日まで Effective Period: up to —

◎注意 Notes:

一、診療を受けるときはこの券を病院診療所に提出して下さい
二、この券は他人に譲つたり又は使用させてはいけません
三、発行者の印のないものは無効です
四、有効期間が切れたものは使用できません
五、有効期間が切れても治療を続ける必要のあるときは病院診療所の証明をもらつて（発行役所名）まで申し出して下さい

◎記入注意 Notes for filling in:

一、交付回数は同じ受療者に券を交付した回数
二、受療関係の傷病名は初診券により、又は訊ねて判る場合はその名称を記入し居宅入院の何れかを消す
三、有効期間は交付の月の翌月にまたがらぬようにし月を越す場合には更めて発行すること

受療者

Estimated Medical care Expenses for — (name of month) 月分 醫療費見込

◎注

一、

二、

Notes: 1. hand this ce sealed. 2. office which

Notes:

1. Submit this card to the hospital or clinic where you receive medical care.
2. This card is not negotiable.
3. This card shall be invalid without the issuer's seal.
4. This card cannot be used over the effective period.
5. In case the effective period is over and further treatment is necessary, apply again to our office with a certificate issued by the hospital or clinic.

Notes for filling in:

1. The number of times of issue shall be counted as to the same patient.
2. The name of disease or injury shall be entered in the card, in case it is known from the entry in the first medical examination card or from the client's statement. (and either 'in' or 'out' shall be crossed out,)
3. The effective period should not extend ~~over~~ beyond the month of delivery, and a new card shall be issued in the following month, if necessary.

DECLASSIFIED E.O. 12065 SECTION 3-402/NNDG NO. 775 013

e city,

印 Sealed

線

Estimated Medical Care Expenses for ——— (name of month)

受療者	氏名	Patient's Name				
	住所	Address				
月分醫療費見込	Doctor's Fee 診察料	回	点	Additional Treatment Fee 處置料	回	点
	Charge for Medicine 藥治料	回 times	点 points	Charges for Hospital Accomodation 入院費	回	点
	Treatment Fee 治療料	回	点			
	Charges for Operation 手術料	回	点			
	Estimated Number of Points 所要見込点數		点	Estimated Medical Care Expenses 醫療費見込額		圓

◎注 意

一、引続き治療の必要のあるときはこの証明書に記載捺印のうえ受療者にお手渡し下さい

二、受療者はこの証明書をもつて（発行役所名）に申し出して下さい

Notes: 1. In case further treatment is necessary, ~~please~~ please hand this certificate to the patient after it is filled up and sealed. 2. The patient shall submit this certificate to the office which issued his DLSL medical card.

もらつて

記入し居宅

めて発行す

thout

the

over

licate

hall

e

se

rom

very,

the

DECLASSIFIED E.O. 12065 SECTION 3-402/NNDG NO. 775 013

(Back of Medical Card)
(醫 療 券 裏 面)

Account of Medical Care Expenses for (Name of month)

月分醫療費計算請求書

診療者名	Patients Name	傷病名	Diagnosis

日付 Date	診療内容各点數 Number of Points Classified According to Contents of Medical Care	点數計 Total Points	受療者印 Patients Seal	日付	診療内容各点數	点數計	受療者印
1				16			
2				17			
3				18			
4				19			
5				20			
6				21			
7				22			
8				23			
9				24			
10				25			
11				26			
12				27			
13				28			
14				29			
15				30			
				31			

居宅（外來）診療延日數 Total number of days for 'out' medical care.

收容（入院）診療延日數 Total number of days for 'in' medical care.

診療總点數 Total number of points standing for medical care.

診療總点數の金額 Total amount of money required.

社会保險給付請求額 Social Insurance Payment Claimed 円

受療者自己負担額 Recipient's Payment 円

差引請求金額 Balance 円

昭和 年 Date 月 日

所在地 Address & Name
請求者 of Claimant Sealed

◎ 記入注意
一 点數計算は社会保險（國保）の例によること
二 國保のない市町村については健保の例によること

Notes: 1. The calculation of points shall follow the example of social insurance (national insurance).
2. As to cities, towns and villages to which national insurance is not applied, the example of health insurance shall apply.

DECLASSIFIED E.O. 12065 SECTION 3-402/NNDG NO. 775 013

Number of Times of Delivery

Medical Care Card Delivery Disposition Record

醫療券交付處理簿

Form #29
(様式第29号)

交付年月日	ケース番號	受療者氏名	傷病名	受療機關名	通院別 入院	醫療券受領者氏名印	費用請求年月日	請求額	審査回付年月日	審査決定年月日	決定額	支拂年月日	備考(治癒、継続等)
Date of Delivery.	Case No.	Patient's Name.	Name of Disease.	Name of Medical Care Agency.	Hospitalized or Not.	Name of the Client with Medical Care Card.	Date of Application for Payment of Expenses.	Amount Asked.	Date of Submission for Examination	Date of Decision of Examination	Approved Sum of Money	Date of Payment	Notes (recovered, furthur care required, etc.)

DECLASSIFIED E.O. 12065 SECTION 3-402/NNDG NO. 775 013

Form #-30
(様式第30号)

Case Worker's Programme ● List
ケース、ウワーカー日程表

ケース、ウワーカー氏名 Case Worker's Name

日付 Date 月 日

	ケース 氏名	地区	家庭訪問 在宅	家庭訪問 不在	關係者訪問	民生委員訪問	事務所内面接	扶助種別
1	Name of Case	District	Calling at case's Home in	out	Calling on Persons concerned	Calling on Minsei-in	Interview at office	Category of assistance
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								

備考 Notes

DECLASSIFIED E.O. 12065 SECTION 3-402/NNDG NO. 775 013

Form #31
(様式第31号)

Table of Records Concerning

保護指導經過表

Protection and Guidance

ケース番號	case no.	世帯主氏名	Householder's name

年月日	取扱事項	取扱場所	記事
Date	Title	Place	~~Remarks~~ Comments

DECLASSIFIED E.O. 12065 SECTION 3-402/NNDG NO. 775 013

年 月 日	取扱事項	取扱場所	記事
Date	Title	Place	Comment
Date of 保護廃止（停止）年月日 Discontinuance (or Suspension) of Protection 年 月 日		廃止（停止）に當り特に留意した事項	Remarks on Discontinuance (or Suspension)

DECLASSIFIED E.O. 12065 SECTION 3-402/NNDG NO. 775 013

Form #32
(様式第32号)

under DLSL

~~DLSL~~ Duplicate did Application へ

生活保護法による 併給保護申請書

I hereby apply for duplicate aid to be offered to the following person.
下記の者併給保護して下さるよう申請致します

申請者	住所	Applicant's Address		
	該当者との続柄又は関係 Relation between Applicant and Client		氏名	Client's Name Sealed ㊞
申請年月日	昭和 年 月 日 Date of Application			

現在受けている保護 aid Given at Present	生活、教育、住宅、醫療、出産、生業 Livelihood, Educational, Housing, Medical, Birth, Occupation.	照合済	Collated

接面印 / 吏員 — Intake Worker's Seal

こうとからする保護を受けよ — Aid asked for Officials opinion

住所 Address			世帯主氏名 Householder's Name	
氏名	氏名 Client's Name	世帯主との続柄 Relation	年令 Age	備考 Remark
保護の種類 Type of aid	生活・教育・住宅・醫療・出産・生業・葬祭 Livelihood, Educational, Housing, Medical, Birth, Occupation, Funeral			
※内容	Contents of aid			

※吏員意見

上記調査致しましたが申請についての保護は必要 ~~As the result of investigation, I judge the~~ 上認めます
my judgement after investigation is that it is necessary (or unnecessary) to give the person in question an aid in accordance with his application.

※次の通り保護と（却下）決定する

~~It has~~ I hereby decide that aid shall (or shan't) be given as follows.

昭和 年 月 日 Date

				調査員	Investigator's Name 印 Sealed

DECLASSIFIED E.O. 12065 SECTION 3-402/NNDG NO. 775 013

Form #33
(様式第33号)

Notice of Decision on Discontinuance
(or Suspension) of Aid

保護廃止(停止)決定通知書

第　　號 No.

昭和　　年　　月　　日
Date

世帯主　住所 Householder's address

氏名　〃　Name　殿

Name of Mayor of City, Town or Village
市町村長　氏　　名印 Sealed

DLSL aid
~~aid~~ shall be given over (date)
to your household
あなたの世帯については下記の通り生活保護法による保
because we judge that it has become unnecessary
護の必要がなくなつたと認められますので 昭和　　年
for the following reason.
月　　日限り保護を廃止(停止)します。

記

一、廃止(停止)される保護
1. Kind of Protection to Be Discontinued
(or Suspended).

二、廃止(停止)の理由
2. Reason for Discontinuance (or Suspension).

◎ この決定に不服のある場合は30日以内に不服の申立ができます。
You may appeal within 30 days in case
you have complaints about this decision.

DECLASSIFIED E.O. 12065 SECTION 3-402/NNDG NO. 775 013

Form #34
(様式第34号)

Appeal ~~Statement~~ 不服申立書

Date
昭和　年　月　日

To: Mr.—, Governor (or Welfare Minister)
縣知事
厚生大臣　何某殿

申立人 Petitioner	住所	Address	
	保護を受ける（受けている）者との關係	Relation between Recipient and Petitioner	
	氏名	Name	Sealed 印

I hereby appeal ~~as follows~~, as I have complaints
昭和　年　月　日決定のあつた生活保護法の
as follows about the decision or DLSL aid on (date)
保護につき下記のとおり不服ですから申立てます

不服の事項	Complaints		
	Kind of aid 保護の種類	Method 方法	Extent ~~Degree~~ 程度
希望する保護	Desired aid		
理由	Reasons		

Date of receipt by City, Town, Village
市町村經由　昭和　年　月　日
Date of receipt by Prefecture
縣經由　昭和　年　月　日

DECLASSIFIED E.O. 12065 SECTION 3-402/NNDG NO. 775 013

家族の状況	Family Condition
収入・支出の状況	Condition of Income & Expenditure
資産及び負債の状況	Condition of Assets & Liabilities
縁故者扶養義務者の状況	Condition of Legally Responsible Persons & Relatives

Appeal Disposition Record

不服申立処理簿

Form # 35
(様式第35号)

受付年月日	申立人 住所	申立人 氏名	不服事項	發送月日	決定 受付月日	決定 措置月日
Date of Receipt	Applicants address	Applicants Name	Complaints	Date of Despatch	Decision Date of Receipt	Date of

DECLASSIFIED E.O. 12065 SECTION 3-402/NNDG NO. 735 013

受付年月日	申立人 住所	申立人 氏名	不服事項	發送月日	決定 受付月日	決定 措置月日
	(The same as in the preceding page.)					

DECLASSIFIED E.O. 12065 SECTION 3-402/NNDG NO. 735013

Form #36
(様式第36号)

Programme for Payment of Livelihood Assistance 生活保護費支辨計畫書

city, Town or Village 市町村

Classification 區分	Estimated Payment 支辨豫定額						第63條 第77條 第78條の收入	其の他の收入	計 Total	差引支辨豫定額	同上國庫負擔豫定額	同上縣費負擔豫定額
	保護費 Protection Fees	保護施設事務費 Protective Agencies Office Work Expenditure	委託事務費 Entrusted Business Work Expenditure	民生委員費 Minseiin Fees	計 Total							
一年未滿居住 Less-than-a-year Inhabitants							Income in accordance with articles 63, 77 & 78	Other Incomes		Balance (Estimated Payment)	Estimated Expenses Defrayed by National Treasury Payment	Estimated Expenses Defrayed by Prefecture Payment
一年以上居住 More-than-a-year Inhabitants												
計 Total												

Remarks 備考

1. 本書は翌年度分について二月十日までに縣へ提出のこと。
1. The programme for the following fiscal year must be submitted to the prefecture by February 10,

2. 本書には市町村の歲入出予算書の抄本又は案を添付すること。
2. The programme shall be accompanied by an abstract or the plan of the estimated revenue and expenditare for the following year of the city, town or village.

DECLASSIFIED E.O. 12065 SECTION 3-402/NNDG NO. 785 013

Form #37-1
(総省第37号その1)

Claim for Delivery of Estimated Amount of Livelihood Assistance (~~Loans~~, National Treasury)

生活保護費概算交付請求書（國費負擔分）

金 ——— 圓也

to be Paid, Referred by

as Livelihood Assistance for ——the Quarter, 19—

但し昭和 年度第 期分生活保護費

I hereby ~~demand~~ request from you payment of the amount asked.

右請求致(ま)す

昭和 年 月 日 Date

Name & Seal of Mayor of City, Town or Village

市町村長 何 某 印

To: Governor

知事 宛

DECLASSIFIED E.O. 12065 SECTION 3-402/NNDG NO. 735 013

Form #37-2
(様式第37号、その二)

Claim for Delivery of Estimated Amount of Livelihood Assistance (Part, Defrayed by Prefecture)

生活保護費概算交付請求書（縣費負擔分）

To be

金 一、 圓也

as Livelihood Assistance for the Quarter,

但し昭和 年度第 期分生活保護費 19—.

I hereby request for the payment of the amount asked,

右請求致します

Sealed by Mayor of City, Town or Village

市町村長何某印

To: Governor

知事 宛

DECLASSIFIED E.O. 12065 SECTION 3-402/NNDG NO. 735 013

DECLASSIFIED E.O. 12065 SECTION 3-402/NNDG NO. 775 013

Form #38-1
(様式第38号その一)

Accounts of Claim for Delivery of Estimated Livelihood Assistance (Part to Be Defrayed by Government)

生活保護費概算交付請求算出調書 (國費負擔分)

City, Town or Village
市町村

Protection Fee Expenditure

	保護費支出額				第63条、第77条 第78条及び其の他の收入	差引支出見込額	同上國費負擔相當額	國費負擔概算受入濟額	差引概算交付請求額
	自 月 至 月 支出額 ~~from~~ to (month)	自 月 至 月 支出見込額	第 期分 支出見込額	計 Total					
生活扶助費 Livelihood Assistance		Estimated Expenditure ~~for from~~ to (month)	Estimated Expenditure for Quarter.		Income in Accordance with Articles 63, 77 & 78 and Other Incomes	Balance (Estimated Expenditure)	Amount to Be Defrayed by National Treasury	Amount Already Delivered from National Treasury	Balance (Amount to Be Asked for Delivery)
教育扶助費 Education aid									
住宅扶助費 Housing Aid									
醫療扶助費 Medical Care Aid									
出產扶助費 Birth Aid									
生業扶助費 Occupation aid									
葬祭扶助費 Funeral Aid									
施設事務費 Agency Office Work Expenditure									
委託事務費 Entrusted Business Expenditure									
民生委員費 Minsei-iin Fee									
計 Total									

Remarks 1. As ~~to~~ for the ~~part for~~ expenditure in the 1st quarter of the year, only the columns ~~for~~ of estimated expenditure shall be filled up.

備考 1. 第1.4半期分については支出額欄は該当欄の見込額のみを記載すること。
第2.4半期分については支出額欄は4月分については支出額5.6月分については支出見込額として夫々該当欄に記載すること。

2. As for the expenditure in the 2nd quarter of the year, expenditure for April shall be entered in the column of expenditure, while expenditure for May and June shall be entered in the column of estimated expenditure.

Accounts of Claim for Delivery of estimated Livelihood Assistance (Part to be Defrayed by Prefecture)

Form #38-2
(様式第38号、その二)

生活保護費概算交付請求算出調書 (縣費負擔分) 市町村
City, Town or Village

Part 1. For those living more than a year.
その一 居住一年以上の分

Protection Fee Expenditure

	保護費支出額 Expenditure 自月 至月 支出額 (from — to —)	自月 至月 支出見込額 Expenditure for — to (month)	第 期分 支出見込額 Expenditure for — Quarter	計 Total	第63条 第77条 第78条 及び其の他の収入 Income in accordance with Articles 63, 77 & 78 and Others	差引支出見込額 Balance (Estimated Expenditure)	同上縣費負擔相當額 Amount to be Defrayed by Prefecture	縣費負擔概算受入濟額 Amount Already Delivered from Prefecture	差引概算交付請求額 Balance (Amount to Be Asked for Delivery)
Livelihood Assistance 生活扶助費									
Education aid 教育扶助費									
Housing aid 住宅扶助費									
Medical Care aid 醫療扶助費									
Birth aid 出產扶助費									
Occupation aid 生業扶助費									
Funeral aid 葬祭扶助費									
Agency Office Work Expenditure 施設事務費									
Entrusted Business Expenditure 委託事務費									
Total 計									

Part 2. For those living less than a year.
その二 居住一年未滿の分

Protection Fee Expenditure

	保護費支出額 Expenditure 自月 至月 支出額 (from — to —)	自月 至月 支出見込額 Expenditure for — to (month)	第 期分 支出見込額 Expenditure for — Quarter	計 Total	第63条 第77条 第78条 及び其の他の収入 Income in accordance with Articles 63, 77 & 78 and Others	差引支出見込額 Balance (Estimated Expenditure)	同上縣費負擔相當額 Amount to be Defrayed by Prefecture	縣費負擔概算受入濟額 Amount Already Delivered from Prefecture	差引概算交付請求額 Balance (Amount to Be
Livelihood Assistance 生活扶助費									
Education aid 教育扶助費									

DECLASSIFIED E.O. 12065 SECTION 3-402/NNDG NO. 785 013

Medical care aid 醫療扶助費										
Birth aid 出產扶助費										
Occupation aid 生業扶助費										
Funeral aid 葬祭扶助費										
Agency Office Work Expenditure 施設事務費										
Entrusted Business Expenditure 委託事務費										
Total 計										

Part 2. For those living less than a year.

その二　居住一年未滿の分

	保護費支出額 Protection Fee Expenditure				第63条 第77条 第78条及び其の他の収入	差引支出見込額	同上縣費負擔相當額	縣費負擔概算受入濟額	差引概算交付請求額
	自 月 至 月 支出額 Expenditure from — to — (month)	自 月 至 月 支出見込額 Expenditure for — to — (month)	第 期分 支出見込額 Expenditure for — Quarter	計 Total					
Livelihood Assistance 生活扶助費					Income in accordance with Articles 63, 77 & 78 and Others	Balance (Estimated Expenditure)	Amount to be Defrayed by Prefecture	Amount already Delivered from Prefecture	Balance (Amount to be Asked for Delivery)
Education aid 教育扶助費									
Housing aid 住宅扶助費									
Medical care aid 醫療扶助費									
Birth aid 出產扶助費									
Occupation aid 生業扶助費									
Funeral aid 葬祭扶助費									
Agency Office Work Expenditure 施設事務費									
Entrusted Business Expenditure 委託事務費									
Total 計									
Minsei-in Fee 民生委員費									
Sum Total 合計									

Remarks
備考

1、第1,4半期分については支出額欄は該当欄の見込額のみを記載すること。

DECLASSIFIED E.O. 12065 SECTION 3-402/NNDG NO. 743 013

Medical care aid 醫療扶助費									
Birth aid 出産扶助費									
Occupation aid 生業扶助費									
Funeral aid 葬祭扶助費									
Agency Office Work Expenditure 施設事務費									
Entrusted Business Expenditure 委託事務費									
Total 計									
Minsei-iin Fee 民生委員費									
Sum Total 合　計									

Remarks
備　考

1、第1,4半期分については支出額欄は該当欄の見込額のみを記載すること、

2、第2,4半期分については支出額欄は4月分については支出額、5,6月分については、支出見込額として夫々該当欄に記載すること、

3、合計欄には居住一年以上の計、居住一年未満の計及び民生委員費を合計したものを記載すること、

Remarks 1. as for the expenditure in the 1st quarter of the year, only the columes of estimated expenditure shall be filled up.

2. as for the expenditure in the 2nd quarter of the year, expenditure for april and that for may and june shall be entered in the column of expenditure and that of estimated expenditure, respectively.

3. In the columns of sum total shall be entered the total of the following three: total for those living more than a year, total for those living less than a year, and Minsei-iin fee.

DECLASSIFIED E.O. 12065 SECTION 3-402/NNDC NO. 743 013

Form No. 39-1
(施行規則第39号その1)

Statement of Accounts concerning Amount of Livelihood Assistance to be Defrayed by Government

昭和　年度生活保護費負擔金（國費負擔）精算書
To be Prayed by Government in 19— Fiscal Year

一金　　圓也　Amount of Livelihood Assistance to be Defrayed by Government

生活保護費國費負擔額

一金　　圓也　Amount of Livelihood Assistance Delivered from Government in Advance

生活保護費國費負擔金概算交付額

一金　　圓也　Balance of ~~remaining~~ Livelihood Assistance, with an abstract of the statement of accounts of the revenue and expenditure for the 19— fiscal year;

差引過不足額

右昭和　年度歲入歲出決算抄本を添付し精算致します

I hereby settle accounts, with an abstract of the statement of accounts of the revenue and expenditure for the 19— fiscal year;

右昭和　年度歲入歲出決算抄本を添付し精算致します

昭和　年　月　日　Date

Name & Seal of Mayor of City, Town or Village

市町村長　名　印

To: Governor

知事　宛

DECLASSIFIED E.O. 12065 SECTION 3-402/NNDG NO. 775 013

Form #37-1-2
(様式第39号)

Claim for Delivery of Livelihood Assistance
昭和　年度生活保護費負擔金（國費負擔）請求書

金　　圓也

Balance to be ~~Amount~~ Reimbursed by Government as Part for 19— Fiscal Year.

別紙精算書のとおりにつき請求致します

昭和　年　月　日

Date

Sealed by Mayor of City, Town or Village

市町村長　印

事　宛

To: Governor

DECLASSIFIED E.O. 12065 SECTION 3-402/NNDG NO. 735 013

39-1-3

Form #

(様式第39号その1の三)

Statement for Returning to Government of Surplus of Livelihood Assistance, etc. for Government

(Refunded by Government)

昭和　年度生活保護費負擔金（國費負擔）返納書

金 ——— 圓也

(Enclosed) I return the amount indicated to the Government in accordance with the statement of accounts attached hereto.

別紙精算書のとおりにつき返納致します

昭和　年　月　日

To: Governor

知事　宛

Sealed by Mayor of City, Town or Village

市町村長印

DECLASSIFIED E.O. 12065 SECTION 3-402/NNDG NO. 735 013

DECLASSIFIED E.O. 12065 SECTION 3-402/NNDG NO. 78-013

Statement of Accounts Concerning Amount of Livelihood Assistance to Be Defrayed by Government for 19— Fiscal Year

昭和　　年度生活保護費負擔金(國費負擔)精算算出調書

(様式第40号その一) Form #40-1

Name of City, Town or Village
市町村名

Settled Revenue

Classification 區分	Settled Expenditure 歲出決算額	歲入決算額 法第63条の收入	歲入決算額 法第77第78条の收入	歲入決算額 計	差引國費負擔基本額	基本額に對する國費負擔額	國費負擔概算交付濟額	交付濟額の過不足額
Protection Fee 保護費		Income in accordance with art. 63	Income in accordance with art. 77 & 78	Total	Balance as Basis for Calculation of Amount to Be Defrayed by Government	Amount to Be Defrayed by Government	Amount Delivered from Government in Advance	Balance (Amount to Be Asked for Delivery)
Agency Office Work Expenditure 施設事務費								
Entrusted Business Expenditure 委託事務費								
Minsei-iin Fee 民生委員費								
Total 計								

Remarks 備考
1. In case of deficit, the balance, or ~~the~~ amount to be asked, shall be written in red ink. 2. The defrayment rate shall be 8/10 for protection fee, office work expenses ~~on~~ for agencies and ~~entrusted~~ expenses for entrusted business, while 1/2 for Minsei-iin fees.

1. 交付濟額過不足額の不足のときは朱書すること。
2. 保護費、施設事務費、委託事務費の負担率は $\frac{8}{10}$、民生委員費は $\frac{1}{2}$ により計算すること。

Form #39-2
(様式第39号その二)

Statement of Accounts Concerning Amount of Livelihood Assistance
to Be Refunded by Prefecture in 19— Fiscal Year

昭和　年度生活保護費負擔金(縣費負擔)精算書

金　　圓也　Amount of Livelihood Assistance to Be Refunded by Prefecture

生活保護費縣費負擔額

金　　圓也　Amount of Livelihood Assistance Delivered from Prefecture in Advance

生活保護費縣費負擔金概算文付額

金　　圓也　Balance

差引過不足額

I hereby settle accounts of livelihood assistance, with an abstract of the statement of accounts of the revenue and expenditure for the 19— fiscal year.

右昭和　年度歲入、歲出決算抄本添付し精算致します

昭和　年　月　日　Date

To: Governor

知事　宛

Name & Seal of Mayor of City, Town and Village

市町村長名印

DECLASSIFIED E.O. 12065 SECTION 3-402/NNDG NO. 735 013

DECLASSIFIED E.O. 12065 SECTION 3-402/NNDG NO. 73 013

Form #40-2
(様式第40号その二)

Statement of Accounts Concerning Amount of Livelihood Assistance to Be Defrayed by Prefecture for 19— Fiscal Year
昭和　　年度生活保護費負擔金(縣費負擔)精算算出調書

Name of City, Town or Village
市町村名

Classification 區分		Settled Expenditure 歲出決算額	Settled Revenue 歲入決算額				差引縣費負擔基本額	基本額に對する縣費負擔額	縣費負擔概算交付濟額	交付濟額の過不足額
			法第63条の収入	法第77条第78条の収入	その他の収入	計				
			Income in accordance with Art. 63	Income in accordance with Art. 77 to 78	Other Incomes	Total	Balance as Basis for Calculation of Amount to Be Defrayed by ~~Government~~ Prefecture	Amount to Be Defrayed by ~~Government~~ Prefecture	Amount Delivered from Prefecture in advance	Balance (Amount to Be Asked for Delivery)
For Those Living More than a Year	保護費 Protection Fee									
	施設事務費 Office Work Expenditure for Agencies									
	委託事務費 Expenditure for Entrusted Business									
居住一年以上	計 Total									
For Those Living Less than a Year	保護費 Protection Fee									
	施設事務費 Office Work Expenditure for Agencies									
	委託事務費 Expenditure for Entrusted Business									
居住一年未滿	計 Total									
	民生委員費 Minsei-in Fee									
	合計 Sum Total									

Remarks 1. In case of deficit, the balance, or amount to be asked, shall be written in red ink. 2. The rate of defrayment by Prefecture shall be 1/10 for those living more than a year, 2/10 for those living less than a year, and 1/4 for Minsei-in fee.

備考 1. 交付濟額過不足額の不足のときは朱書すること
2. 縣費負担率は居住一年以上は $\frac{1}{10}$ 居住一年未滿は $\frac{2}{10}$ 民生委員費は $\frac{1}{4}$ により計算すること

Form # 39-2-72

(様式第2号の2)

生業扶助金 Claim for Delivery of Balance to be Defrayed by Prefecture as Part of Livelihood Assistance for 19— Fiscal Year

昭和　　年度生活保護費負擔金(縣費負擔)請求書

金 ——— 圓也

I request payment of the amount asked in accordance with the statement of accounts attached hereunto.

別紙精算書のとおりにつき請求致します

Date

昭和　　年　　月　　日

Sealed by Mayor of City, Town or Village

市町村長　　印

To: Governor

知事　　宛

DECLASSIFIED E.O. 12065 SECTION 3-402/NNDG NO. 735 013

Form # 39-2-3
(様式第39号その二の三)

Statement for returning to Prefecture of lumpsum of livelihood Assistance
for 19— Fiscal Year (Refunded by Prefecture)
昭和　　年度生活保護費負擔金(縣費負擔)返納書

金　　圓也

I return the above mentioned amount to the Prefecture in
accordance with the statement of accounts attached hereunto.
別紙精算書のとおりにつき返納致し候也

Date
昭和　　年　　月　　日

Sealed by Mayor of City,
Town or Village
市町村長印

To: Governor
知事　　宛

DECLASSIFIED E.O. 12065 SECTION 3-402/NNDG NO. 735 013

Form #1
(様式第二号)

Written Claim for Provisionally Advanced Payment of Livelihood Assistance for _____ (months)

月分生活保護費繰替支辨金請求書

一金 ——— 圓也

I hereby ask for the amount to be provisionally advanced to the livelihood assistance of the following clients by this city (town or village) as per the statement of accounts and vouchers concerned.

月分生活保護費繰替支辨致しましたので、別記計算書及び證ひょう書類を添付し請求致します

Date
昭和 年 月 日

To: Mayor of City, Town or Village

市町村長殿

Name & Seal of Mayor of City, Town or Village

市町村長名印

Statement of Accounts on Provisionally Advanced Payment of Livelihood Assistance for _____ (months)

月分生活保護費繰替支辨金計算書

Name of City, Town or Village 市町村名	

DECLASSIFIED E.O. 12065 SECTION 3-402/NNDG NO. 735 013

DECLASSIFIED E.O. 12065 SECTION 3-402/NNDG NO. 775 013

by this city (town or village) as a part of the livelihood assistance for ____,
算書及び證ひよう書類を添付し請求致します
with the statement of accounts and vouchers concerned.

Date
昭和　年　月　日

Name & Seal of Mayor of City, Town or Village
市町村長名印

To: Mayor of City, Town or Village
市町村長殿

Statement of Accounts on Provisionally Advanced Payment of Livelihood Assistance for (month)

月分生活保護費繰替支辨金計算書

Name of City, Town or Village
市町村名

被保護者氏名	保護種類	保護の方法	入院、收容の施設名 居宅の場合は居住地	保護期間	保護費繰替支辨金額	備考
Recipient's Name	Kind of Aid	Method of ~~Aid~~ Protection	Name of Hospital or Agency; Recipients Address in case of Non-Institutional Protection	Period of Protection	Amount of Provisionally Advanced Payment	Remarks
Total 計						

Remarks 1. The method of protection shall be classified into 'institution' and 'non-institution' in case of livelihood assistance, ~~and~~ or into 'out' and 'in' in case of medical aid.

備考
1. 保護の方法は、生活扶助には居宅、收容、医療には居宅、入院の区分を使用すること。
2. 法第條第63條、第77條、第78條による返還及び徴收をしたとき並びに第76條の遺留金品の充当があつたときはその旨を備考欄に明記すること。

2. In case of return and collection under articles 63, 77 & 78 of DLSL, ... left behind by the dead person

Statement of accounts on Provisionally Advanced Payment of Livelihood Assistance for (month)

月分生活保護費繰替支辨金計算書

Name of City, Town or Village
市　町　村　名

被保護者氏名 Recipient's Name	保護種類 Kind of Aid	保護の方法 Method of Protection	入院、収容の施設名又は居宅の場合は居住地 Name of Hospital or Agency; Address in Case of Non-Institutional Protection	保護期間 Period of Protection	保護費繰替支辨金額 Amount of Provisionally Advanced Payment	備考 Remarks
Total 計						

Remarks 1. The method of protection shall be classified into 'institution' and 'non-institution' in case of livelihood assistance, ~~and~~ or into 'out' and 'in' in case of medical aid.

備考 1. 保護の方法は、生活扶助には居宅、收容、医療には居宅、入院の区分を使用すること。

2. 法第條第63條、第77條、第78條による返還及び徴收をしたとき並びに第76條の遺留金品の充当があつたときはその旨を備考欄に明記すること。

2. In case of return and collection under articles 63, 77 & 78 of DL-SL, or appropriation of money and securities left behind by the dead person to cover the assistance expenses in accordance with article 76 of the law, enter it clearly in the 'Remarks' column without fail.

DECLASSIFIED E.O. 12065 SECTION 3-402/NNDC NO. 745 013

DECLASSIFIED E.O. 12065 SECTION 3-402/NNDG NO. 775 013

Form #42
(様式第42号)

Notice of Return (or Collection) of Livelihood Assistance

生活保護費返還(徴收)通知書

To: Mr. —

殿

I hereby inform you that the expenses concerning the DLSL protection given from (date) to (date), 1950,
昭和　年　月　日より昭和　年　月　日まで
will be returned to (collected from) you as follows:
実施した生活保護法の保護について、下記の通りその費用を

返還（徴收）するよう（するから）通知する。

納付義務者	Name of Legally Responsible Person for Payment
納付金額	Amount of Money to Be Paid
納付場所	Place of Payment
納付期間	Time Limit for Payment
納付理由	Reason for Payment
その他必要な事項	Other Necessary Matters

In case you dont pay the above-mentioned amount
上記納付金額を期限内に納付しないときは、國税滯納處分の
before the time set, the amount shall be collected in
例により徴收されます
accordance with regulations concerning collection of arrears of national tax.

昭和　年　月　日
Date

Name of city, Ward, Town or Village
市區町村長　　Sealed 印

DECLASSIFIED E.O. 12065 SECTION 3-402/NNDG NO. 775 013

Report on Number of Application for did Received in (name of month)

Statistics Form #1
(統計様式第1号)

月分保護申請件數報告

	本月 総申請件數 Total Number of Cases Applied for This Month	保護決定 Decision on Protection 14日以内 within 14 days	保護決定 30日以内 within 30 days	計 Total	申請却下 Rejection of application 14日以内 within 14 days	申請却下 30日以内 within 30 days	計 Total	調査中 Under Investigation	計 Total
生活扶助 Livelihood assistance									
教育扶助 Educational aid									
住宅扶助 Housing aid									
醫療扶助 Medical care aid									
出産扶助 Birth aid									
生業扶助 Occupation aid									
葬祭扶助 Funeral aid									
計 Total									

Notes: 備考
1、決定、調査、却下の件数は、その月間において、末日までに処理したもの、従つて前月分についてのものを含む、夫々について、その件数を掲げること。
2、決定、調査、却下の処置件数中、前月分申請のものについては、当該欄に括弧を附して再掲すること。
3、従つて、決定、調査、却下の括弧内件数を引いた計と総件数の計とは一致すること。

Notes: 1. As for the number of cases coming under 'decision on protection', 'rejection of application' and 'under investigation', those dealt with during the month in question, including those for public assistance for the preceding month, shall be counted; the number of cases shall be entered under the respective titles.

2. The number of cases applied for in the preceding month and dealt with in the ~~preceding month~~ month in question, of those coming under 'decision on protection', 'rejection of application' and 'under investigation', shall be re-entered in parentheses under the corresponding inclusive figures.

3. Accordingly, the sum total of cases applied for in this month must coincide with the sum total of cases coming under 'decision', 'rejection' and 'investigation' minus ~~that of~~ those re-entered in parentheses.

Stastitics Form #2
(統計様式第2号)

Report on Number of Cases of Commencement of Protection in (name of mark.) 月分保護開始件数報告

この向に收入低位 Low Income (To be inserted.)

	生計中心者（a）及び家族員（稼働能力）（b）による原因 Reasons Concerning Working ability of Supporter (a) and Family-Members (b)												その他による原因 Other Reasons				計 Total
	Disability 疾病及び疾病 Illness.		長期不在及び死亡		失業等職業による收入停止		社会保険給付停止		仕送りの停止		勤労能力不行使		自家生産及び營業の不振、失敗	不時の天災及び過失	扶養停止	其の他 Others.	
	a	b	a	b	a	b	a	b	a	b	a	b					
Livelihood Assistance 生活扶助			Long-Term Absence & Death.		Suspension of Income due to Unemployment etc.				Suspension of Allowance.				Failure or Depression of Home Production or Business.	Damage due to Disaster or Accident	Suspension of Support.		
Education aid 教育扶助											Idleness.						
Housing aid 住宅扶助																	
Medical Care aid 醫療扶助							Suspension of Payment of Social Insurance.										
Birth aid 出產扶助																	
Occupation aid 生業扶助																	
Funeral aid 葬祭扶助																	
Total 計																	

Remarks 備考

1. Remarks 1. In case there are more than two reasons for the commencement of protection, ~~one of them must be chosen for the sake of classification~~ and the one which comes ~~the leftmost~~ first in the above mentioned order shall be ~~given priority.~~ entered.
2. As for the aged, they shall come under 'disability and illness.'
3. In case of widows, they shall be entered in 'long-term absence and death'-a.
4. Allowance of the 'suspension of allowance' column means ~~allowance earned by~~ money sent from the supporter and other
5.

DECLASSIFIED E.O. 12065 SECTION 3-402/NNDG NO. 743 013

生計中心者（a）及び家族員（稼働能力）（b）による原因												その他による原因				
Disability 疾病及び疾病 Illness.		長期不在及び死亡		失業等職業による収入停止		社会保険給付停止		仕送りの停止		勤労能力不行使		自家生産及び営業の不振、失敗	不時の天災及び過失	扶養停止	其の他 Others.	計 Total
a	b	a	b	a	b	a	b	a	b	a	b					
Livelihood Assistance 生活扶助		Long-Term absence & Death.		Suspension of Income due to Unemployment etc.				Suspension of allowance.		Idleness.		Failure or Depression of Home Production or Business.	Damage due to Disasters or Accident	Suspension of Support		
Education aid 教育扶助																
Housing aid 住宅扶助																
Medical Care aid 医療扶助						Suspension of Payment of Social Insurance.										
Birth aid 出産扶助																
Occupation aid 生業扶助																
Funeral aid 葬祭扶助																
Total 計																

Remarks 備考
1.
2.
3.
4.
5.

Remarks 1. In case there are more than two reasons for the commencement of protection, ~~one of them must be chosen for the sake of classification and~~ the one which comes ~~the leftmost~~ first in the above-mentioned order shall be ~~given priority.~~ entered.

2. As for the aged, they shall come under 'disability and illness.'

3. In case of widows, they shall be entered in 'long-term absence and death'-a.

4. Allowance of the 'suspension of allowance' ~~a~~ column means ~~allowance earned by~~ money sent from the supporter and other family-members in emigration or in a living-in position.

5. The supporter and other family-members shall be ~~listed~~ listed under a. and b. respectively.

DECLASSIFIED E.O. 12065 SECTION 3-402/NNDG NO. 743 013

DECLASSIFIED E.O. 12065 SECTION 3-402/NNDG NO. 775 013

'Increase of Income without change of Occupation' Column to be ~~Set up~~ Inserted
「職業に変化なく牧入の増加」欄を設ける。

Statistics Form #3
(統計様式第3号)

Report on Number of Protection in (name)

月分保護停

	職業 Occupation		扶養 Support			自家生産及び営業開始
	生計中心者の就職による	家族員(稼働能力)の就職	結婚による扶養	扶養義務者による扶養の開始	新に扶養義務者の生じたる場合	
Under 3 months 3ヶ月未満	Finding or Change of Employment of Supporter	Finding or Change of Employment of Other Family-Members	Support due to Marriage	Commencement of Support by Legally-Responsible Person	In case New Legally-Responsible Person is Created	Home Production & Business Commencement of
Over 3 months 3ヶ月以上						
Over 6 months 6ヶ月以上						
Over 9 months 9ヶ月以上						
Over 1 year 1年以上	1 1/2					
Over ~~one and half~~ years 1年6ヶ月以上						
~~Over 2 years~~ 2年以上						
Over ~~two and~~ 2 1/2 years 2年6ヶ月以上						
Over 3 years 3年以上						
Total 計						

Remarks 1. In case there are more than ... the one which comes first in the above ...
2. ~~The~~ case ~~in which~~ a new legally re... 'In
a person who has ability to support the ...

Remarks 備考

1. 停廃止原因において、二種類以上に亘る場合には表記の夫々の順次に従つてその一を記入する...
2. 扶養欄の「新扶養義務者の生じたる場合」とは養子(扶養能力)等において、新しく扶養能力...

DECLASSIFIED E.O. 12065 SECTION 3-402/NNDG NO. 775 013

'Increase of Income without change of Occupation' Column to Be ~~Set up~~ Inserted
「職業に変化なく收入の增加」欄を設ける。

Suspension & ~~Cases of~~

Report on Number of Discontinuance of Protection in (name of month)

月分保護停廢止件數報告

職業		扶養 Support			自家生産及び営業開始	社會保險金受領	疾病治癒	死亡	指導指示義務違反	其の他
就業員（稼働能力）の就轉職		結婚による扶養	扶養義務者による扶養の開始	新に扶養義務者の生じたる場合						
Finding Employment of Other Family Members	Change of	Support due to Marriage	Commencement of Support by Legally Responsible Person	In case New Legally Responsible Person is Created	Home Production & Business Commencement of	Social Insurance Money Received	Recovered from Illness	Died	Breach of Duty, Instructions & Guidance	Miscellaneous

Remarks 1. In case there are more than two reasons for the suspension or discontinuance, the one which comes first in the above mentioned order shall be entered.

2. ~~The~~ 'In case ~~in which~~ a new legally responsible person is created' ~~is one~~ means a person who has ability to support the family, e.g., adopted son.

廢止原因において、二種類以上に亘る場合には表記の夫々の順次に從つてその一を記入すること。
備關の「新扶養義務者の生じたる場合」とは養子（扶養能力）等において、新しく扶養能力者現出した場合。

DECLASSIFIED E.O. 12065 SECTION 3-402/NNDG NO. 775 013

Suspension of ~~Cases of~~

Report on Number of ^Discontinuance of Protection in (name of month)

月分保護停廃止件数報告

養	自家生産及	社會保險金	疾病	死亡	指導指示	其の他	計	保護種別	
に扶養義務者の じたる場合	び營業開始	受領	治癒		義務違反			生活扶助	醫療扶助
In case New Legally-Responsible Person Is Created	Home Production & Business Commencement of	Social Insurance Money Received	Recovered from Illness	Died	Breach of Duty, Instructions & Guidance	Miscellaneous	Total	Type of Livelihood Assistance	Medical Care Aid

are more than two reasons for the ^suspension or discontinuance of protection, t in the above-mentioned order shall be entered.

e new legally responsible person is created' ~~is one~~ means the appearance of to support the family, e.g., adopted son.

次に從つてその一を記入すること。

等において、新しく扶養能力者現出した場合。