

在日外国人高齢者給付金支給申請書

令和 年 月 日

大阪市長 様

申請者

氏名	(電話番号)
----	---------

在日外国人高齢者給付金支給要綱第6条の規定により、次のとおり申請します。

(・太枠の中をご記入ください。・該当するものの口にレを付けてください。)

住 所	大阪市 区		
フリガナ 申請者氏名	(通称名)		
生 年 月 日	明・大・西暦 年 月 日		
外国人登録日	昭 年 月 日	登 録 番 号	
	帰化した方 帰化年月日 昭・平・令 年 月 日	○	
生活保護受給の有無	<input type="checkbox"/> 受けていない	<input type="checkbox"/> 受けている	
公的年金受給の有無	<input type="checkbox"/> 受けていない	<input type="checkbox"/> 受けている	
外国人身心障がい者給付金	<input type="checkbox"/> 受けていない	<input type="checkbox"/> 受けている	
老人ホーム入所	<input type="checkbox"/> 入所していない	<input type="checkbox"/> 入所している	
他の市町村で同様の給付金	<input type="checkbox"/> 受けていない	<input type="checkbox"/> 受けている	
連 絡 先	氏名	電話 番号	
	住所	申請者との 続柄	
振 込 先	金融機関名	支店名	
	預金種別	普通・当座	口座番号
	フリガナ 口座名義		

※この欄には記入しないでください。

審 査	登録・生年月日	生 保	年 金	決 裁 欄	課長	課長代理	担当係長	係員
	該当・非該当	有・無	有・無					
	心身給付	入 所	所得制限					
	有・無	有・無	以下・超過					
決 定 区 分	<input type="checkbox"/> 支 給 (年 月分～) <input type="checkbox"/> 不支給(理由:)							

在日外国人高齢者給付金に係る所得状況等申立書

令和 年 月 日

大 阪 市 長 様

申請者
氏 名 _____

下記のとおり、相違ありません。また、大阪市が下記の事項について、調査を行うことに同意します。

記

生計を一にする家族の状況	氏 名	年齢	受給資格者との続柄	同居・別居の別	住 所 (別居のとき)	備 考
				同居・別居		
				同居・別居		
				同居・別居		
				同居・別居		
				同居・別居		
				同居・別居		

前年の所得状況	年 分	区 分	氏 名	※所得金額の合計	扶養親族等数
	年分	支給対象者		円	人
		配偶者		円	人
		主たる扶養義務者		円	人
※ 所得金額の合計：市民税非課税者は、非課税と記入して下さい。 扶養親族等数：控除対象配偶者及び扶養親族の数					

添付書類 課税世帯の方は、所得が確認できる書類（源泉徴収票、課税証明等）
扶養義務者の所得が確認できる書類（源泉徴収票、課税証明等）

令和 年 月 日

様

大阪市長

大阪市 区保健福祉センター

電話番号

FAX 番号

在日外国人高齢者給付金支給決定通知書

年 月 日付けで申請のありました在日外国人高齢者給付金の支給について、次のとおり決定しましたので、在日外国人高齢者給付金支給要綱第7条の規定により通知します。

記

受給者氏名

支給開始年月

年 月～

性別

生年月日

年 月 日生（ 歳）

振込口座

口座名義人

支給条件

- この高齢者給付金は、年4回（7月、10月、1月、4月）に分けて、口座振込の方法により支払います。
- この高齢者給付金を受けるには、毎年度9月に現況届の用紙を送付しますので10月31日までに記入のうえ提出してください。提出されないと給付金の支給ができなくなりますのでご注意ください。
- 住所の変更、死亡、振込口座を変更されたときには、速やかにお届けください。
- 次の事項に該当したときは、給付金の支給決定を取り消し、又は、既に支給した給付金の全部もしくは一部の返還を命ずることがあります。
 - 生活保護、公的年金及び大阪市外国人身心障がい者給付金を受けるようになったとき。
 - 老人ホームに入所したとき。
 - 本人、配偶者又は扶養義務者の前年所得が要綱で定める支給制限の金額を超えるようになったとき。

令和 年 月 日

様

大阪市長

大阪市 区保健福祉センター

電話番号

FAX 番号

在日外国人高齢者給付金不支給決定通知書

年 月 日付けで申請のありました在日外国人高齢者給付金の支給について、次のとおり決定しましたので、在日外国人高齢者給付金支給要綱第7条の規定により通知します。

記

申請者氏名

生年月日 年 月 日

不支給の理由

在日外国人高齢者給付金現況届

令和 年 月 日

大阪市長様

(受給者)

住所 _____

氏名 _____

(年 月 日生)

在日外国人高齢者給付金支給要綱第6条第2項の規定により現況について、次のとおり届け出ます。また、大阪市が次の事項について、調査を行うことに同意し、同意書を添付します。

記

介護保険被保険者番号		後期高齢者医療被保険者番号	
生活保護受給の有無	<input type="checkbox"/> 受給していない <input type="checkbox"/> 受給した(年 月から)		
公的年金受給の有無	<input type="checkbox"/> 受給していない <input type="checkbox"/> 受給した(年 月から) 年金の種類 年金		
外国人心身障がい者給付金の有無	<input type="checkbox"/> 受給していない <input type="checkbox"/> 受給した(年 月から)		
老人ホーム入所	<input type="checkbox"/> 入所していない <input type="checkbox"/> 入所した(年 月から 施設名)		
他の市町村で同様の給付金	<input type="checkbox"/> 受給していない <input type="checkbox"/> 受給した(年 月から)		
受給者および配偶者ならびに扶養義務者氏名	支給対象者		
	配偶者		
	主たる扶養義務者		

※ この欄は記入しないでください。

審査	生保	年金	心身給付	入所	所得制限	その他	決裁欄	課長	課長代理	係長	係員
	有・無	有・無	有・無	有・無	以下・超過						
決定区分	支給(年 月 ~) 支給停止(理由:)										

在日外国人高齢者給付金資格要件等変更届

令和 年 月 日

大 阪 市 長 様

受 給 者 住 所 _____

氏 名 _____

(通称名 _____)

届 出 者 住 所 _____

氏 名 _____

(受給者との続柄 _____)

在日外国人高齢者給付金支給要綱第9条の規定により、下記のとおり届出します。

1 資格要件にかかる変更

市内に住民登録がなくなつた	区 分	転 出 ・ 死 亡
	異動があつた日	年 月 日
そ の 他	生活保護を受給した。 公的年金を受給した。(年金の種類 _____) 外国人心身障がい者給付金を受給した。 老人ホームに入所した。 受給者本人等の前年所得が要綱で定める支給制限の金額を超えた。 その他 (_____)	
	異動があつた日	年 月 日

※ 受給者が死亡した場合は、配偶者・扶養義務者等の受給者と生計を同じくしていた者が届出をしてください。また、未支払高齢者給付金がある場合は、未支給金請求書を提出してください。

2 その他の変更

届出事項	新	旧		
住所変更 (市内転居)	大阪市 区	大阪市 区		
振込先変更	銀行・金庫・組合 支店			
	預金種別	普通・当座	預金種別	普通・当座
	口座番号		口座番号	
	フリガナ 口座名義		フリガナ 口座名義	
そ の 他				
変更日	年 月 日			

受給者生年月日	年 月 日
登録番号	

決 裁 欄	課 長	課長代理	担当係長	係 員

令和 年 月 日

様

大阪市長

大阪市 区保健福祉センター

電話番号
FAX 番号

在日外国人高齢者給付金 変更・支給停止・受給資格消滅 通知書

在日外国人高齢者給付金支給要綱 第9条・第10条・第11条の規定により、次のとおり変更・支給停止・受給資格消滅 しましたので通知します。

記

受給者氏名

変更時期・支給停止年月・受給資格消滅時期

変更・支給停止・受給資格消滅 の理由

備 考

- 未受給の給付金は、令和 年 月 日に支給します。
- 受給者が死亡した場合に未受給の給付金があるときは、死亡当時のその者と生計を同じくしていた配偶者や扶養義務者等は、未支給の給付金を受けることができますので、在日外国人高齢者給付金未支給金請求書を提出してください。

在日外国人高齢者未支給金請求書

令和 年 月 日

大 阪 市 長 様

(請求者)

住 所 _____

氏 名 _____

(受給者との続柄)

次のものに係る在日外国人高齢者給付金の未支給分を下記のとおり受けたいので、
在日外国人高齢者給付金支給要綱第12条の規定により請求します。

死亡した受給者 氏 名		死 亡 年 月 日	年 月 日
生 年 月 日	年 月 日		
登 録 番 号			
未 支 払 期 間	年 月 から 年 月 まで		
請 求 額 (未支払金額)	金 円		
振 込 先	銀行		支店
	預金種別	普通・当座	口座番号
	フリガナ 口座名義		

※ この欄は記入しないでください。

審 査	未支払期間 年 月 から 年 月 まで	決 裁 欄	課 長	課長代理	担当係長	係 員
	未支払金額 円					
決 定 区 分	支 給 不支給 (理由 :)					

令和 年 月 日

様

大阪市長

印

大阪市 区保健福祉センター

電話番号

FAX 番号

在日外国人高齢者給付金返還通知書

次のとおり、あなたが受給された在日外国人高齢者給付金について返還金が発生しましたので、在日外国人高齢者給付金支給要綱第13条の規定により、大阪市に返還くださるよう請求します。

つきましては、同封の納付書により、納付期限内に銀行（大阪市指定金融機関、大阪市指定代理金融機関、大阪市収納代理金融機関）で納めてください。

記

受給者氏名

返還額

円

〔ただし、在日外国人高齢者給付金返納額
年 月 ～ 年 月分として〕

納付期限

令和 年 月 日

返還理由

市内に住民登録がなくなる（転居・死亡）

生活保護を受給による

公的年金を受給による

外国人心身障がい者給付金を受給による

老人ホームに入所による

所得制限額超過による

その他（ ）