

介護保険 65歳以上の人の保険料減免申請書

様式第1号の2

受付印

令和〇〇年〇〇月〇〇日

神戸市 区長 あて
 神戸市介護保険条例及び神戸市介護保険条例施行規則の規定による介護保険料の減免（保険料段階が第1・2・3段階の人のうちの生活が困窮している人等に対する減免）を申請します。また、申請内容の確認のために、税務部局その他の関係機関に必要な照会をすることに同意します。本申請で記載した内容は事実と相違ありません。事実と異なり要件にあてはまらないことが判明した場合は、減免を取り消されても異議ありません。

減免申請書（左ページ）
 の書き方

- ①申請者
 被保険者本人の被保険者番号・氏名・フリガナ・生年月日・住所・電話番号を記入。
- ②代筆者
 親族などが代筆された時は、代筆者の氏名・住所・本人との関係・代筆理由を記入。

◎この欄に記入していただく収入は、前年1月から12月までの合計額です。

③公的年金
 国民年金・厚生年金・船員保険・共済組合の老齢・退職年金・普通恩給の受給額合計を記入。

④福祉年金等
 遺族年金・障害年金・老齢福祉年金・遺族恩給・雇用保険・在日外国人等福祉給付金を受給した時は、その年金の前の□に✓し、受給額合計を記入。

⑤給与収入
 賃金・給料・賞与・俸給・歳費などの収入金額を記入。

⑥事業収入など
 営業・家賃・譲渡（土地・株式等）・地代など、確定申告・市民税申告の対象になるすべての収入金額を記入。

⑦仕送り
 世帯外の人から、あなたの世帯の生計維持のために送られてくる金額（＝仕送り）を記入。

⑧その他の収入
 年金生活者支援給付金・宝くじの当選金・生命保険や損害保険の受取金など、上記以外に収入があれば記入。

神戸市処理欄
 記入しないでください。

1	被保険者番号(あなたの介護保険の保険証(もも色)に載っています)	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0									
	フリガナ	コウベ タロウ		生年月日	明治 大正 昭和	〇〇年 〇〇月 〇〇日					
	氏名	神戸 太郎									
申請者 (被保険者)	住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 神戸市中央区加納町6丁目5番1号									
	電話番号	〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇									
代筆者	氏名	2		本人との関係							
	住所	2		代筆理由							
1	申告する収入の区分	<input checked="" type="checkbox"/> ①前年1年間の収入金額 <input type="checkbox"/> ②今年1年間の見込収入金額		*左記のいずれかを選択してください。 ②は、失業、事業の休廃止、生計中心者の死亡等の事情により収入が著しく減少した場合には限ります。							
	世帯員の氏名	(申請者本人) 神戸 太郎		(収入のある世帯員) 神戸 花子				(収入のない世帯員) 神戸 一郎			
世帯員の収入等の状況	公的年金	〇〇〇〇 円		3				9			
	福祉年金等※1	<input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 遺族恩給 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 雇用保険 <input type="checkbox"/> 老齢福祉年金 <input type="checkbox"/> 在日外国人等福祉給付金		<input checked="" type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 遺族恩給 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 雇用保険 <input type="checkbox"/> 老齢福祉年金 <input type="checkbox"/> 在日外国人等福祉給付金				<input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 遺族恩給 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 雇用保険 <input type="checkbox"/> 老齢福祉年金 <input type="checkbox"/> 在日外国人等福祉給付金			
	給与収入	円		5				円			
	事業収入など※2	円		6				円			
	仕送り	(世帯への仕送りの年間総収入額) 円		7				円			
その他の収入	<input type="checkbox"/> 年金生活者支援給付金 <input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 年金生活者支援給付金 <input type="checkbox"/> その他()				<input type="checkbox"/> 年金生活者支援給付金 <input type="checkbox"/> その他()				
保険料	年度	通知年月日		10				を受けた保険料額			
	年度	年 月 日		円				現在の保険料段階 第 段階			

⑨収入のない世帯員
 収入のない世帯員がいる場合は、この欄に氏名を記入。

⑩保険料
 減免を希望する保険料の年度を記入。それ以外の欄は対象年度の納入通知書を見て記入。分からない場合は空欄。

次の場合は添付書類が必要です。この申請書と一緒に付けて提出又は提示してください。
 ※1 「福祉年金等」がある人…前年中の「年金振込通知書」「年金改定通知書」「雇用保険受給資格証明書」など(コピー可)
 ※2 事業収入・不動産収入など、確定申告をした収入のある人…直近の「確定申告書」又は確定申告書に添付した「収支内訳書」(コピー可)
 ※3 年金生活者支援給付金を受給されている人…前年中の「年金生活者支援給付金振込通知書」(コピー可)

神戸市処理欄	要件	段階	3・2・1	金額	①120 (60)	②155 (77.5)	③190 (95)	④225 (112.5)	⑤260 (130)	人	万円(万円)		
	区分	<input type="checkbox"/> 前年	事由：定年・病気・廃業・死亡・[]				資産	<input type="checkbox"/> 該当申告有	期限延長	可・否			
		<input type="checkbox"/> 当年	書類：申立・会計・源泉・休職・確申・[]				何)		決議	決議No			
	新困・困窮否認	合計	円				給与	円	承認	1 困窮	8 新困	開始	年 月
		福年	振込・改定・無				円	公年	円	不承認	0 0 1	0 0 K	終了
扶養	認否	<input type="checkbox"/> 有：扶養者 <input type="checkbox"/> 無：受付(扶養義務者・施設長)				課長	係長	担当	入力	受付			
		<input type="checkbox"/> 税控除 <input type="checkbox"/> ほか											

減免申請書 (右ページ) の書き方

(1) 市民税で、あなた又は世帯員を「扶養親族」と申告している人がいる場合には「1. あり」に○。

(3) あなたの世帯への仕送りには、生計維持のための金銭のほか、食材料・食事の提供なども含まれます。

(5) 住民票が別世帯であっても、住民票の住所が同一であれば、居所に関わらず、同居とみなします。

3 資産の状況について
以下のどれかの項目に該当する方は「2. 活用できる資産を保有している」に○をしてください。

- ・350万円（世帯員が2人以上の場合は、2人目から1人当たり100万円を加算した額）を超える預貯金・国債・地方債・公社債・株式・金等を保有している場合。
- ・世帯員のどなたかが、「居住の用に供する土地家屋または生計を維持するための事業のための事業用資産」以外の土地家屋を所有している場合。
- ・市民税が課税されている親族の世帯に住居の提供その他の経済的援助を行っている場合または、親族以外の世帯（課税・非課税問わず）に住居の提供その他の経済的援助を行っている場合。

2 世帯の外の人からの仕送りなどの経済的援助（扶養の状況）について、(1)～(5)のすべてに1か2のどちらかで答え、1に該当する場合は右欄にもご記入ください。

この減免を受けるためには、世帯の外の人から「市民税が課税されている人」から、仕送りなどの経済的援助を受けていないことが必要です（ただし、仕送りなどの経済的援助を受けていても、その援助をしている人が「市民税が非課税」であればかまいません）。
つまり、次の「あなたの世帯に対する経済的援助」に関する(1)から(5)までの申告において、**太枠【2】内に1つでも「1.」に○があり、かつ、その右欄に記入した人のうち1人でも市民税「課税」の場合は、「あなたの世帯は、市民税が課税されている人に扶養されている」こととなりますので、減免対象にはなりません。**

あなたの世帯に対する経済的援助	該当に○	経済的援助などの状況（扶養の状況）	左欄で「1.」の場合、経済的援助をしている人の氏名等			市民税の状況
			氏名	住所	続柄	
(1) あなた又は世帯員を市民税の扶養控除に入れている人	1. あり (市民税の扶養控除を受けている) 2. なし・不明					(該当に○) ・課税 ・非課税
(2) 健康保険の保険証の名義人	1. あなた以外・世帯員以外 2. あなた又は世帯員					(該当に○) ・課税 ・非課税
(3) あなたの世帯への仕送り	1. あり 2. なし (直前1年間で月平均8,000円以下の場合を含む)	神戸 次郎	神戸市中央区雲井通5-1-1	子		(該当に○) ・課税 ・非課税
(4) 世帯の公共料金(電気・ガス・水道)・住居費・税金・社会保険料を負担している人	1. あなた以外・世帯員以外 (1つでも負担している場合) 2. あなた又は世帯員					(該当に○) ・課税 ・非課税
(5) 住民票別世帯の人との同居	1. 同居あり 2. 同居なし					(該当に○) ・課税 ・非課税

ここに氏名の記入がある場合、その方の署名を下記**4**にもらってください。
氏名の記入がない場合も、**4**には親族等の署名が必要です。

3 資産の状況について
この保険料減免は、収入金額が少なく、扶養を受けていなくても、十分な預貯金を持っているなど、活用できる資産を保有している方は対象となりません。資産の状況について申告してください。

(該当に○)	1. 資産を活用しても、なお生活に困窮している
	2. 活用できる資産を保有している →世帯で350万円（世帯員が2人以上の場合は、2人目から1人あたり100万円を加算した額）を超える金融資産（預貯金、株式等）をもっている場合

4 上記**2**及び**3**の申告内容を親族等に申し出て、「署名」をもらってください。
署名により、上記申告内容に誤りがないことを確認していただく欄になっています。

必ず記入してください。	【申し出て署名をもらう人】	【署名】 (市民税非課税の扶養者の署名は、必要な場合に関係部局へ照会をする場合の同意を兼ねます)
	① 上の 2 で市民税が非課税の扶養者を記入した場合は、その扶養者。	住所 中央区雲井通
	② ①以外の場合は、生計が別の親族。 ただし、特別養護老人ホームに入所中の人で、施設から確認を受けることができる場合は、特別養護老人ホームの施設長・事務長の署名でも可。	本人との関係 (特別養護老人ホーム施設名) 子 氏名 (署名) 神戸次郎 電話 番号 xxx (xxx) xxxxx
		※上記に署名をもらえない場合署名をもらえない理由

この欄の署名は必須です。

ただし、署名をもらえないやむを得ない理由がある場合はこの欄に記入。
(例) 親族全員が死亡しており署名してもらえない