

伊勢原市生計維持困難者に係る介護保険料の減額に関する事務取扱要綱
(趣旨)

第1条 この要綱は、伊勢原市介護保険条例（平成12年伊勢原市条例第10号。以下「条例」という。）第14条第3項及び伊勢原市介護保険条例施行規則（平成12年伊勢原市規則第22号。以下「規則」という。）第28条第8項に規定するその世帯の生計を維持することが困難であると認められる者に係る介護保険料（以下「保険料」という。）の減額に関する事務の取扱いについて、必要な事項を定めるものとする。

(申請の手続)

第2条 条例第14条第4項の規定に基づき、保険料の減額を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、あらかじめ介護保険料（低所得者）減額申請書（第1号様式。以下「申請書」という。）及び生活の状況に関する調査票（第2号様式。以下「調査票」という。）に、次に掲げる書類を必要に応じて添付し、又は提示して、市長に申請しなければならない。

(1) 申請者及び世帯員の前年の収入及び資産等に関して証明する次の書類

- ア 年金受給者については、年金振込通知書又は年金受給額を証明する書類
- イ 事業所に勤務している者については、源泉徴収票又は給与証明書
- ウ その他の者については、確定申告書の写し等
- エ 預貯金及び資産を証明する書類
- オ 借家等に居住している者については、その家賃の額を証明する書類

(2) 申請者の扶養に関して証明する次の書類

- ア 医療保険の被保険者証
- イ 扶養している者の給与証明書等又は確定申告書の写し

(申請書の審査)

第3条 市長は、前条の申請があった場合には、申請の内容について審査する。

(収入要件)

第4条 規則第28条第8項第1号に規定する当該世帯の前年の収入の額とは、申請者及び賦課期日現在の当該世帯員全員の前年の確定した各種年金収入、給与（各種手当を含む。）収入、事業収入、恩給、仕送り及びその他収入の金額の合計額をいう。

(扶養要件)

第5条 規則第28条第8項第3号に規定する要件については、調査票により審査する。

(承認の決定等)

第6条 市長は、審査の結果、保険料の減額の承認又は不承認を決定する。

2 市長は、前項の規定により保険料の減額を承認する旨の決定をしたときは、減額する保険料額及び納期ごとの減額した保険料額を定め、介護保険料減額決定通知書（第3号様式）により当該申請者に通知しなければならない。

3 市長は、第1項の規定により保険料の減額を承認しない旨の決定をしたときは、その旨及び承認しない理由を介護保険料減額決定通知書により当該申請者に通知しなければならない。

(承認期間)

第7条 承認期間は、承認月から当該年度末までとする。ただし、市長が特に必要と認め

る者については、別に定めることができる。

(減額対象の保険料)

第8条 減額対象の保険料は、承認決定した月以降の月割り保険料を対象として減額する。

(仮算定時の減額の適用)

第9条 市長は、前年度末まで減額を承認した者について、当該年度に減額を決定するまでの間、引き続き減額を適用する。ただし、引き続き減額の適用を受けようとする者は、当該年度の4月末日までに申請書及び調査票を提出しなければならない。

(減額適用の決定)

第10条 市長は、前条ただし書の申請があった場合は審査を行い、減額の要件に該当するときは、減額する保険料額及び納期ごとの減額した保険料額を定め、介護保険料減額決定通知書により当該被保険者に通知する。

2 市長は、審査の結果減額の要件に該当しなくなった場合は、その旨及び承認しない理由を介護保険料減額決定通知書より当該被保険者に通知する。

(その他)

第11条 この要綱に定めのない事項は、別に市長が定める。

附 則

この告示は、公表の日から施行し、平成15年4月1日から適用する。

附 則

この告示は、平成17年4月1日から施行する。

附 則

この告示は、公表の日から施行する。

附 則 (平成28年3月31日告示第89号)

この告示は、平成28年4月1日から施行する。

附 則 (令和3年3月31日告示第57号)

この告示は、令和3年4月1日から施行する。

介護保険料（低所得者）減額申請書

新規	継続
----	----

年 月 日

伊勢原市長 殿

伊勢原市介護保険条例第14条第4項の規定に基づき、介護保険料の減額を受けたいので、申請します。なお、審査に当たって必要があるときには、税務部局などの関係機関に必要な照会を行うことに同意します。

申請者 <small>（減額を受ける人）</small>	住所	〒 _____ 電話 (_____)										
	ふりがな氏名						生年月日	明. 大. 昭 年 月 日				
	被保険者番号											
申請代理人	住所	〒 _____ 電話 (_____)										
	ふりがな氏名											

の申請対象料	該当年度	対象となる保険料額	対象となる保険料額の納期	保険料の徴収方法
	年度	円	年 月 ～ 年 月	特別徴収・普通徴収

※あなたが 年1月2日以降に伊勢原市に転入された場合など、この申請にかかわる方が伊勢原市以外で 年度の住民税の申告をされている場合には、課税地発行の非課税証明書を必ず添付してください。（ただし、継続申請の場合は除く。）

【市担当課記入欄】申請者は記入しないでください。				
受付日 年 月 日				
資格の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		申請対象保険料	月 ~ 月
保険料段階	<input type="checkbox"/> 3段階 <input type="checkbox"/> 以外		保険料徴収方法	<input type="checkbox"/> 特徴 <input type="checkbox"/> 普徴
収納状況	<input type="checkbox"/> 完納 <input type="checkbox"/> 未納あり			
収入	最低生活費	円 <input type="checkbox"/> 該当	医療保険証	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
	本人状況	円 <input type="checkbox"/> 非該当	生計同一者	<input type="checkbox"/> なし
資産	居住用資産	<input type="checkbox"/> 持家 <input type="checkbox"/> 借家 家賃 円	扶養者の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 課税者 <input type="checkbox"/> 非課税者
	その他資産 預貯金等	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 算定外 円	減額対象者	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当

生活の状況に関する調査票

年 月 日

伊勢原市長 殿

住 所 _____

氏 名 _____

被保険者番号 | | | | | | | | | |

私の世帯の _____ 年分の総収入、資産の保有状況等は、以下のとおり相違ありません。

1. 年金・恩給等による収入（種類：国民年金、厚生年金、恩給等）

受給者の氏名	受給している年金等の種類	実収入額	
		月額	年額

2. 働いて得た収入（収入の内容：給与、日雇、内職、農業、事業等）

働いている者の氏名	収入の内容 勤め先(会社名)等	実収入額		
		収入額	必要経費	手取り額

3. 仕送り

有 ・ 無	定期 ・ 不定期	仕送りした者の氏名	仕送りした者の住所	仕送り金額

4. その他の収入（上記以外に収入があった場合記入してください。）

--

裏面もご記入ください

5. 居住用財産

種類	所有者氏名	所在地	備考
持ち家			
借家 借間		家賃 月額 円	光熱水費等 込・別

6. 不動産

種類	所有者氏名	所在地	延べ面積(m ²)
宅地 畑 山林 その他			

7. 預貯金・有価証券等

現金	有・無	円			
預貯金	有・無	金融機関等	預金種類	口座氏名	預貯金額
有価証券等	有・無	種類	額面	評価概算額	

8. 加入健康保険

加入健康保険名	保険証番号等	被保険者名	本人・扶養加入の別
被保険者が、本人又は同居世帯員以外の場合			
住所		続柄	

↑伊勢原市外にお住まいの場合、住民税の課税証明書を添付してください。

9. 扶養関係


あなたは、 年度にどなたかの住民税法上の扶養者となっていますか。

なっていない なっている

扶養している人の住所	氏名	続柄

↑伊勢原市外にお住まいの場合、住民税の課税証明書を添付してください。

介護保険料減額決定通知書

伊勢原市長 

年 月 日付けでに申請がありました 年度分の介護保険料の減額については、次のとおり

承認・不承認 と決定しましたので通知します。

被保険者氏名		被保険者番号												
--------	--	--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

減額決定年月日		決定した減額の額	
減額前保険料額		減額後保険料額	
不承認理由			

納 期	減額前保険料額	減額の額	減額後保険料額
4月（第1期）			
5月（第2期）			
6月（第3期）			
7月（第4期）			
8月（第5期）			
9月（第6期）			
10月（第7期）			
11月（第8期）			
12月（第9期）			
1月（第10期）			
2月（第11期）			
3月（第12期）			
合 計			

問い合わせ先

伊勢原市
伊勢原市田中348番地 電話番号

この処分に不服がある場合は、この処分を知った日の翌日から起算して3か月以内に神奈川県介護保険審査会（〒231-8588 横浜市中区日本大通1）に対して審査請求をすることができます。ただし、処分を知った日から3か月以内であっても、処分の日から1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。

また、この処分の取消しを求める訴えをする場合は、前記の審査請求に係る判決を経た後に、判決の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、市を被告として、提起することができます。ただし、次の①から③までのいずれかに該当するときは、審査請求に係る判決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。①審査請求をした日から3か月を経過しても判決がないとき。②処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。③その他判決を経ないことにつき正当な理由があるとき。