

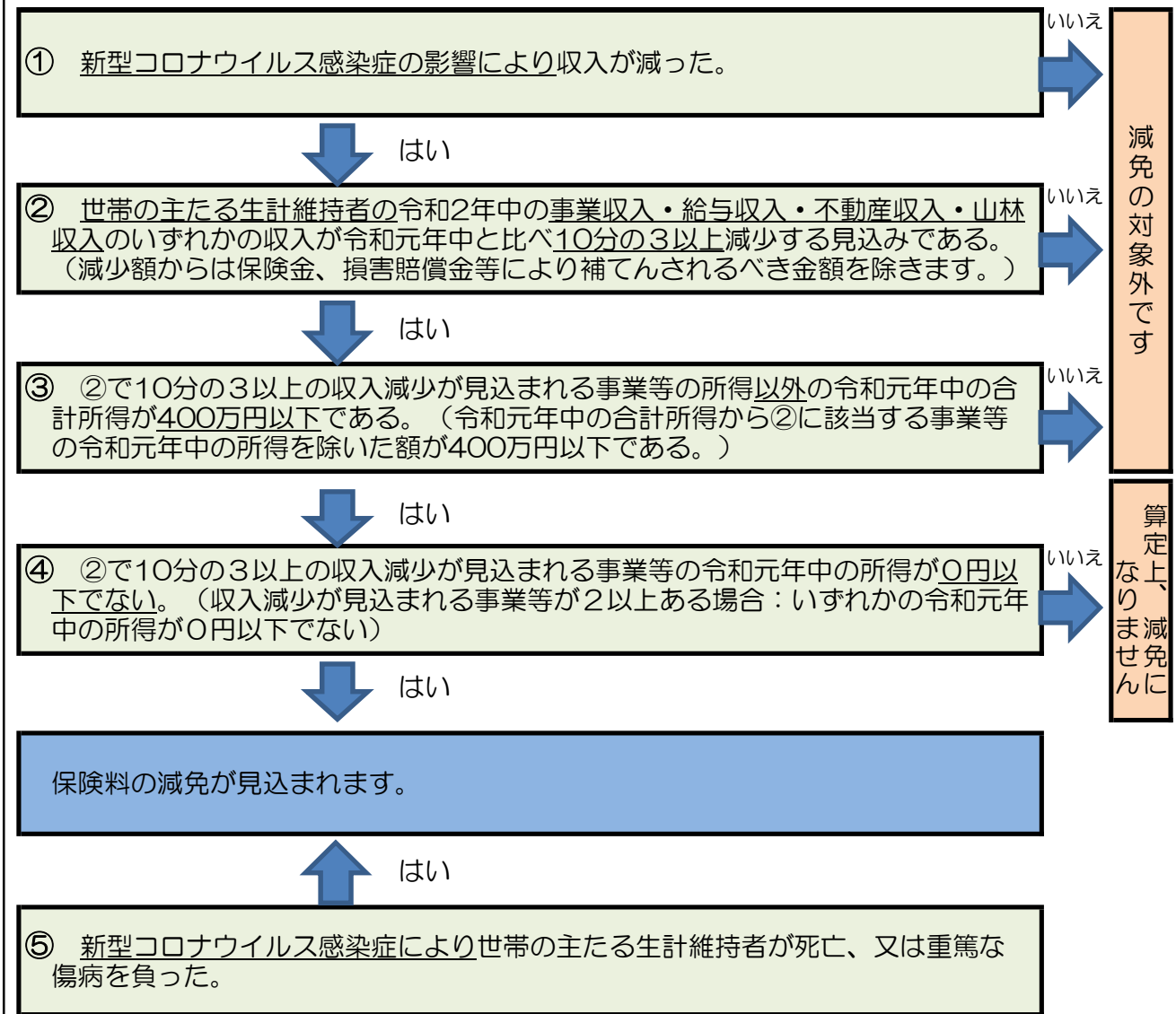
新型コロナウイルス感染症の影響による介護保険料の減免について

- 1 対象者…65歳以上の第1号被保険者
- 2 要件…次の(1)(2)のいずれかに該当すること
 - (1) 世帯の主たる生計維持者の事業収入等の額が令和元年に比べて10分の3以上減少※
 することが見込まれ、かつ、減少が見込まれる事業収入等の所得以外の令和元年の所得の合計額が400万円以下の人。
 ※減少額からは保険金、損害賠償金等により補填されるべき金額を除きます。
 ※当該収入の令和元年の所得が0円以下でないこと。
 - (2) 世帯の主たる生計維持者が死亡または重篤な傷病を負った人
- 3 対象となる介護保険料…令和2年2月1日から令和3年3月31日までに納期限が設定されている介護保険料
- 4 申請期限…令和3年3月31日まで

新型コロナウイルス感染症の影響による介護保険料の減免 簡易判定フローチャート

◇①～④の全て、又は⑤に該当する場合、申請により保険料が減免されます。

◇減免に該当すると見込まれる場合は、減免申請書（P3）、計算シート（P4）及び添付書類（減免申請書の添付書類欄を参照）を提出してください。



【減免の対象となる被保険者及び減免額（一部再掲）】

保険料の減免額は、次の①又は②のいずれかに該当するに第一号被保険者につき、それぞれの基準により算定した額です。なお、いずれの基準にも該当する場合は、②を適用します。

- ① 新型コロナウイルス感染症の影響により、その属する世帯の主たる生計維持者の事業収入、不動産収入、山林収入又は給与収入（以下「事業収入等」という。）の減少が見込まれ、次の i 及び ii に該当する第一号被保険者

【要件】

- i 令和 2 年中の事業収入等のいずれかの減少額（保険金、損害賠償等により補てんされるべき金額を控除した額）が令和元年中の当該事業収入等の額の 10 分の 3 以上であること。
- ii 減少することが見込まれる事業収入等に係る所得以外の令和元年中の所得の合計額が 400 万円以下であること。

【減免額の算定】

【表 1】で算出した第一号保険料額に、
【表 2】の令和元年中の合計所得金額の区分に応じた減免割合を乗じて得た額

【減免額の計算式】

$$\text{対象保険料額} \times \frac{\text{減額又は免除の割合}}{D} = \text{保険料減免額}$$

(A × B / C)

【表 1】

対象保険料額 = A × B / C
A : 当該第一号被保険者の保険料額
B : 第一号被保険者の属する世帯の主たる生計維持者の減少することが見込まれる事業収入等に係る令和元年中の所得額
C : 第一号被保険者の属する世帯の主たる生計維持者の令和元年中の合計所得金額

【表 2】

令和元年中の合計所得金額	減額又は免除の割合 (D)
200 万円以下であるとき	全部
200 万円を超えるとき	10 分の 8

(注) 事業等の廃止や失業の場合には、前年の合計所得金額にかかわらず、対象保険料額の全部を免除します。

- ② 新型コロナウイルス感染症により、その属する世帯の主たる生計維持者が死亡し、又は重篤な傷病を負った第一号被保険者 全額を免除

○問い合わせ先： 介護保険課 TEL0191-31-3223

○減免申請書提出先

郵 送： 〒021-8501 一関市竹山町 7 番 2 号 一関地区広域行政組合介護保険課
直接提出： 一関市役所 2 階大会議室特設窓口または支所市民課
平泉町役場 1 階談話室特設窓口

介護保険料減免申請書

一関地区広域行政組合管理者 様

次のとおり令和元年度及び2年度分(令和2年2月1日から令和3年3月31日までの納期限分)の介護保険料の減免を申請します。

なお、減免の審査に必要な場合に、被保険者世帯の主たる生計維持者の収入状況について、関係機関又は関係人に報告を求めることに同意します。

	申請年月日	令和 年 月 日
申請者氏名	(印) 被保険者世帯の主たる生計維持者の氏名	□申請者と同じ (印)
申請者住所	〒 ー 電話番号 ()	

申請理由	該当する理由に <input checked="" type="checkbox"/> してください。 新型コロナウイルス感染症（の影響）による <input type="checkbox"/> 世帯の主たる生計維持者の死亡又は重篤な傷病 <input type="checkbox"/> 世帯の主たる生計維持者の3割以上の収入減少
------	---

被保険者	住所	□申請者と同じ 〒 ー	電話番号 ()							
	氏名	□申請者と同じ(右欄のみ記入)	被保険者番号							
		生年月日	明・大・昭							
	氏名	被保険者番号								
		生年月日	明・大・昭							
	氏名	被保険者番号								
		生年月日	明・大・昭							
	氏名	被保険者番号								
		生年月日	明・大・昭							

添付書類	添付する書類に <input checked="" type="checkbox"/> してください。※添付書類は全て、主たる生計維持者にかかるもののみです。 主たる生計維持者が死亡し、又は重篤な傷病を負った場合 <input type="checkbox"/> 死亡診断書、医師による診断書、入院勧告書などの写し 主たる生計維持者の事業収入等の3割以上の減少が見込まれる場合 <input type="checkbox"/> 計算シート（同封の用紙に記入して添付してください） <input type="checkbox"/> 令和2年中の収入状況がわかる書類（給与明細書、帳簿、売上台帳などの写し） （保険金、損害賠償等により補填されるべき金額（公的な給付金は除く）がある場合） <input type="checkbox"/> 帳簿や保険契約書などの写し （主たる生計維持者が令和2年1月2日以降に一関市に転入した場合） <input type="checkbox"/> 令和元年中の収入額が分かる書類（源泉徴収票、確定申告書（控）などの写し） （主たる生計維持者が失業や事業等の廃止の場合） <input type="checkbox"/> 雇用保険受給資格者証、離職票、廃業届などの写し
------	---

【計算シート】

国民健康保険税・介護保険料減免申請(新型コロナウイルス感染症の影響による収入見込)

※令和元年分:市県民税納税通知書、確定申告書、収支内訳書、源泉徴収票などから転記

※令和2年分:1月から申請日までは帳簿や給与明細から収入実績を転記、申請日以降は収入見込額を記入

1. 世帯主及び被保険者の令和元年中の所得状況 加入の有無に○印

※介護保険料のみ申請する場合は、主たる生計維持者についてのみ記入

	氏名	続柄	生年月日	国民健康保険	介護保険 (65歳以上)	令和元年 所得金額
1		世帯主		有・無	有・無	① 円
2				有・無	有・無	円
3				有・無	有・無	円
4				有・無	有・無	円
5				有・無	有・無	円
6				有・無	有・無	円
合計所得金額						円

①令和元年中の世帯主の合計所得金額 円 1,000万円を超える場合は介護保険料のみ減免対象

2. 主たる生計維持者(国保税は世帯主)について3割以上の減少が見込まれる収入の状況

※事業収入で複数の事業(営業+農業等)を行っている場合は合算で減少割合を算出します。

	事業収入		不動産	山林	給与
	営業	農業			
令和2年1月	円	円	円	円	円
令和2年2月	円	円	円	円	円
令和2年3月	円	円	円	円	円
令和2年4月	円	円	円	円	円
令和2年5月	円	円	円	円	円
令和2年6月	円	円	円	円	円
令和2年7月	円	円	円	円	円
令和2年8月	円	円	円	円	円
令和2年9月	円	円	円	円	円
令和2年10月	円	円	円	円	円
令和2年11月	円	円	円	円	円
令和2年12月	円	円	円	円	円
②合計	円	円	円	円	円
③補てん額 ※国等からの給付金は除く	円	円	円	円	円
④令和2年中収入(見込)額(②+③)	円	円	円	円	円
⑤令和元年中収入額	円	円	円	円	円
⑥減少見込額 (⑤-④)	円	円	円	円	円
⑦減少割合 (⑥/⑤×100)		%	%	%	%
⑧令和元年中所得額	円	円	円	円	円
⑨令和元年中のその他の所得額 (①-(⑦が30%以上の⑧合計))					円

【判定】

「①が1,000万円以下」 + 「⑦が30%以上の収入がある」 + 「⑨が400万円以下」 → 減免が見込まれます。

「⑦が30%以上の収入があり」 + 「⑨が400万円以下」 → 介護保険料のみ、減免が見込まれます。