

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 年 月 日

神戸市 区長 へ

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。

申請者 (被保険者)	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。)				
	フリガナ	生年月日	明治 大正 昭和	年	月 日
	氏名				
代筆者	住所	〒 —			
	電話番号	()			
代筆者	氏名	本人との関係			
	住所	代筆理由			

保険料	年度		通知年月日		通知を受けた保険料額	現在の保険料段階			
	令和	年度	令和	年 月 日	円	第	段階		
①	申告する収入の区分	<input 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限ります。					
世帯員の収入等の状況	世帯員の氏名		(申請者本人)	(収入のある世帯員)	(収入のない世帯員)				
	年間収入の総額	公的年金	(老齢年金・退職年金・普通恩給・通算老齢年金・老齢基礎年金・老齢厚生年金・通算退職年金・退職共済年金)に係る年間総収入			円	円	円	
		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 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	円	円	円	
		給与収入	円	円	円	円	円	上の者は年間収入金額が0円であると申告します。	
		事業収入など ※2	円	円	円	円	円		
		仕送り	(世帯への仕送りの年間総収入額)			円	円		円
		その他の収入 ()	円	円	円	円	円		円

次の場合は添付書類が必要ですので、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「年金額振込通知書」又は「年金額改定通知書」(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)

神戸市処理欄	収入	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 <input type="checkbox"/> 当年	事由: 定年・病気・廃業・死亡・[]	資産	<input type="checkbox"/> 該当申告有 <input type="checkbox"/> 同) . . . 決議	<input type="checkbox"/> 該当申告有 <input type="checkbox"/> 同) . . . 決議	<input type="checkbox"/> 該当申告有 <input type="checkbox"/> 同) . . . 決議	<input type="checkbox"/> 該当申告有 <input type="checkbox"/> 同) . . . 決議	<input type="checkbox"/> 該当申告有 <input type="checkbox"/> 同) . . . 決議	<input type="checkbox"/> 該当申告有 <input type="checkbox"/> 同) . . . 決議
	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 申所 確申・改定・無	円	公年	円	不承認	0 0 1	0 0 K	終了	年	月
	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) <input type="checkbox"/> 税控除 <input type="checkbox"/> ほか	ほか	円	課長	係長	担当	入力	受付	

2 世帯の外の人からの仕送りなどの経済的な援助（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な援助を受けていないことが必要です（仕送りなどの経済的な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□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○	経済的な援助などの状況（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			
			氏名	住所	続柄	市民税の状況
(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）	→			(該当に○) ・課税 ・非課税
	2.	なし・不明				
(2) 健康保険の保険証の名義人	1.	あなた以外・世帯員以外	→			(該当に○) ・課税 ・非課税
	2.	あなた又は世帯員				
(3) あなたの世帯への仕送り	1.	あり	→			(該当に○) ・課税 ・非課税
	2.	なし（直前1年間で月平均8,000円以下の場合を含む）				
(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）	→			(該当に○) ・課税 ・非課税
	2.	あなた又は世帯員				
(5) 住民票別世帯の人との同居	1.	同居あり	→			(該当に○) ・課税 ・非課税
	2.	同居なし				

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(1)～(5)及び3の申告内容を子・親族等に申し出て、「署名」をもらってください。

必ず記入してください。	<p>【申し出て署名をもらう人】</p> <p>① 上の(1)から(5)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</p> <p>② ①以外の場合は、生計が別の子・孫・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。</p>	<p>【署名】 (市民税非課税の扶養者の署名は、必要な場合の税務部局への照会への同意を兼ねます)</p> <p>住所 _____</p> <p>本人との関係 (特別養護老人ホーム施設名) _____</p> <p>氏名 (署名) _____ 電話番号 () _____</p>
-------------	--	--