

介護保険料減免申請書

徳島市長 様

次のとおり、介護保険料の低所得者減免を申請します。

申請者	フリガナ		申請年月日	令和 年 月 日
	氏名		被保険者との関係	
	住所	※申請者が被保険者本人の場合は記入不要。 電話番号 ()		
		徳島市		

被保険者	個人番号																		
	被保険者番号	0	0	0															
	フリガナ													生年月日	明・大・昭 年 月 日				
	氏名													電話番号					
	住所	徳島市																	

対象保険料額	申請する保険料額		円	賦課年度		年度分	
	徴収方法の別	※次の中で該当するものを○で囲んでください。 (1) 特別徴収（年金から徴収） (2) 普通徴収（納付書による納付） (3) 口座振替					

申請する理由をお書きください。

注) 減免の対象となる要件、必要な書類等は裏面に記載してありますので、必ずご覧ください。

介護保険料の低所得者減免の概要

1 減免の対象となる方

保険料の所得段階が第2段階又は第3段階の方のうち、収入が少なく、生活が著しく困窮している方で、次の減免要件のすべてに該当する方が対象となります。

- ① 保険料の所得段階が第2段階又は第3段階であること。
- ② 世帯の前年の年間収入額が単身者の場合は120万円、2人世帯の場合は150万円（世帯員3人以上の場合は1人当たり35万円を加算）以下であること。
（収入には非課税の遺族年金、障害年金、老齢福祉年金、雇用保険、仕送り等を含みます。）
- ③ 市町村民税の課税者に扶養されていないこと又は生計を共にしていないこと。
〔健康（医療）保険又は税の申告等において、市町村民税が課税されている者の被扶養者になって
いるときは対象外となります。〕
- ④ 資産等を活用しても、なお、生活が困窮している状態にあること。
（資産には住居用以外の土地家屋、有価証券、預貯金等を含みます。）

2 減免の割合

第2段階又は第3段階の保険料を第1段階相当額に減額します。

3 対象となる期間

申請日の属する年度の年間保険料が対象となります。

4 申請者

申請者は、原則として、被保険者本人又はその家族です。

5 申請に必要なもの

減免申請書

印鑑

被保険者の個人番号カード又は通知カード

身元確認書類（官公署発行の顔写真付き証明書の場合は1点、その他は2点必要です。）

6 減免要件を確認するもの

- ① 世帯全員の前年の収入の確認
（年金支払通知書、確定申告書（写）、給与明細書、その他収入が確認できるもの）
- ② 扶養の確認
（健康（医療）保険証など）
- ③ 資産の確認
（住居用以外の土地家屋、有価証券、預貯金など）

※ お問い合わせ先

〒770-8571 徳島市幸町2丁目5番地 徳島市役所南館1階

高齢介護課 認定・保険料係 ☎（088）621-5582・5583