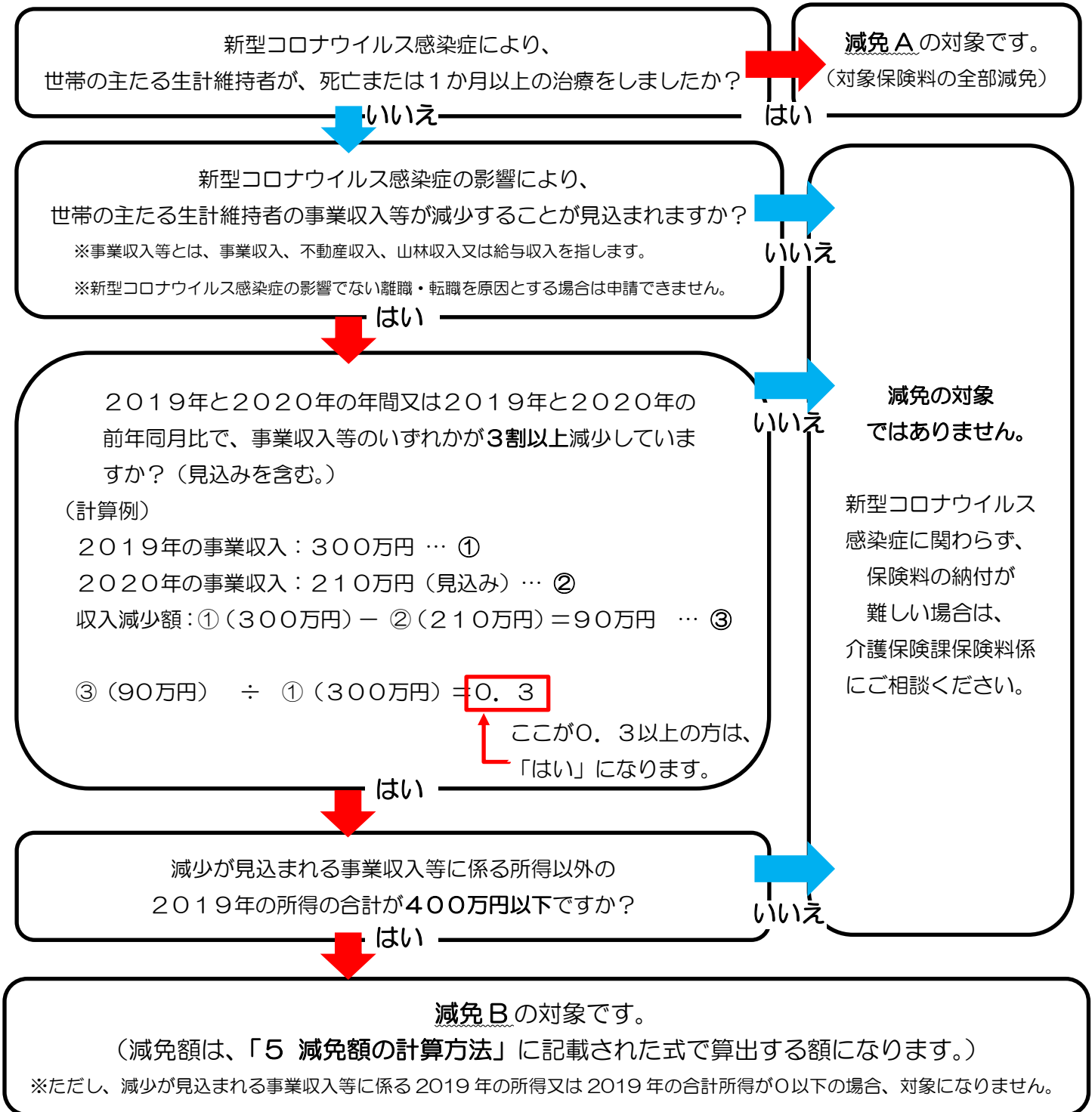


# 新型コロナウイルス感染症の影響による介護保険料の減免について

## 1 減免の要件

以下のフローチャートで、減免要件を満たすかどうか確認してください。



## 2 対象となる保険料の期間

特別徴収 (年金から差し引き)の方	<ul style="list-style-type: none"> <li>令和元年度6期(令和2年2月分)</li> <li>令和2年度1期～6期(令和2年4月～令和3年2月分)</li> </ul>
普通徴収 (納付書または口座振替で納付)の方	<ul style="list-style-type: none"> <li>令和元年度9期、10期(令和2年2月、3月分)</li> <li>令和2年度1期～10期(令和2年6月～令和3年3月分)</li> </ul>

### 3 提出書類

次の提出書類を郵送してください。

#### (1) 共通して必要な提出書類

- ① 介護保険料減免申請書
- ② 収入減少額申告書 (①の2枚目)
- ③ 申請者の本人確認書類のコピー (申請者と被保険者が異なる場合は、それぞれ必要です。)

運転免許証、運転経歴証明書、マイナンバーカード、  
国民健康保険・健康保険・後期高齢者医療・介護保険の被保険者証など  
氏名及び生年月日または氏名及び住所の記載のあるもの1点

#### (2) フローチャートで減免Aに該当した方の提出書類

診断書、保健所から交付される措置入院の勧告書、死亡診断書など

#### (3) フローチャートで減免Bに該当した方の提出書類 (以下3種類すべて)

- ア 2019年中の年間収入が確認できる物のコピー  
例：確定申告書の控え、源泉徴収票など
- イ 2020年1月から申請前月までの収入が確認できる物のコピー  
例：6月に申請する場合  
1月から5月までの給与明細 (通帳のコピー)、売上台帳など
- ウ 2020年に最も減収した月と2019年の同じ月の収入が確認できる物のコピー  
例：最も減収したのが4月の場合  
2019年4月、2020年4月それぞれの給与明細 (通帳のコピー)、売上台帳など

#### (1) 提出書類に関してのお願い

- ・減免申請書を除き、提出書類は全てコピーした物を送付してください。
- ・提出書類は、A4サイズ (減免申請書と同じサイズ) でお願いします。

#### (2) 申請受付期間

令和3年3月31日まで (必着)

#### (3) 提出先

江戸川区役所 介護保険課保険料係 (本庁舎2階)

(電話) 03-5662-0827

※各事務所の保険年金係では、受付できません。

切り取り

132-8501

江戸川区中央1丁目4番1号

江戸川区役所 介護保険課 保険料係 行



送付する際、こちらを切り取って封筒に貼ってください。

## 4 提出後の流れ

### (1) 提出書類の審査

提出した申請書及び提出書類に不備又は不足があった場合、電話で内容の確認をしたり、資料の追加送付をお願いすることがあります。

### (2) 減免の結果通知の送付時期

通常、減免申請書の提出後、およそ1～2か月で審査結果を送付します（申請の内容や添付書類によっては、更に時間がかかることもあります。）。

保険料を納付書で納める方で、減免結果の通知が届く前に、すでに納付書をお持ちの場合は、納期までに納付をお願いします。

### (3) 減免が承認された場合

すでに減免の対象となる保険料を納付されている場合は、減免分は還付となり、後日その手続きに必要な書類を送付します。

### (4) 減免が不承認となった場合

事情により納付が困難な場合は、介護保険課保険料係へご相談ください。

なお、申請時点よりも更に減収した月が発生し、又は見込みで算出した年収が更に減少する事由が発生した場合は、改めて申請をすることで減免を受けられることもあります。

## 5 減免額の計算方法

【表1】で算出した保険料額に、【表2】の前年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  $((A \times B / C) \times d)$

【減免額の計算式】

$\text{保険料減免額} = \text{対象保険料額} \times \text{減額又は免除の割合}$ $(A \times B / C) \quad (d)$
--

【表1】

対象保険料額 = $A \times B / C$
A : 当該第一号被保険者の保険料額
B : 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前年の所得額
C : 被保険者の属する世帯の主たる生計維持者の前年の合計所得金額

【表2】

前年の合計所得金額	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の免除となります。

計算例

令和元年の事業収入  
300万円（事業所得200万円）… ①  
令和元年の不動産収入  
100万円（不動産所得50万円）… ②  
令和元年の合計所得  
250万円  
  
令和2年の事業収入（見込み）  
210万円（90万円の減収）  
令和2年の不動産収入  
100万円（前年と同じ）

減免対象期間の保険料額(A)が12万5千円の場合

$$12.5 \text{万円} \times \frac{(200 \text{万円} / (200 \text{万円} + 50 \text{万円}))}{\text{①} \quad \text{①} \quad \text{②}} \times \frac{10}{10} = 8 \text{万円 (減免額)}$$

【表2】の(d)

$$12.5 \text{万円} - 8 \text{万円} = 4.5 \text{万円}$$

(納付していただく保険料)

## 6 減免申請書記入例

### 介護保険料減免申請書

令和 2 年 6 月 10 日

江戸川区長 殿

新型コロナウイルス感染症  
江戸川区介護保険条例第 13 条 3 項の規定により、次のとおり介護保険料の減免を申請します。

被 保 険 者	被保険者番号	0 0 0 1 2 3 4 5 6 7	主たる生計維持者の氏名 (同一世帯)	カイゴ タロウ 介護 太郎	続柄	続柄 夫
	フリガナ	カイゴ ハナコ	生年月日	明・大 20 年 1 月 30 日		
	氏名	介護 花子	電話番号	080-0000-0000		
	住所	江戸川区 中央 1 丁目 4 番 1 号				

被保険者番号は、介護保険証または決定通知書等でご確認ください。

同一世帯の主たる生計維持者の氏名と被保険者からみた続柄を記入してください。

申請内容を問い合わせることがあります。昼間に連絡のとれる番号を記入してください。

1 又は 2 のいずれかに○をしてください。  
2 に○をする場合、収入減少額申告書（2 枚目）を必ず記入してください。

1 コロナ感染症により、同一世帯における主たる生計維持者が死亡し、又は重篤な傷病を負ったため。  
2 コロナ感染症の影響により、同一世帯における主たる生計維持者の事業収入、不動産収入、給与収入又は山林収入の減少が見込まれ、そのいずれかの減少額（保険金、損害賠償等により補填されるべき金額を控除した額いう。）が前年の当該事業収入等の 10 分の 3 以上であり、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前年の所得の合計額が 400 万円以下であるため。

1 から 3 の該当する番号に○をして、下線部を記入してください。

特に 1 又は 2 が○の場合には、ここに記入された内容についての審査をします。

記入漏れの無いように、記入してください。

該当する理由に○をして、下線部をご記入ください。

1 コロナ感染症により同一世帯における主たる生計維持者が令和 年 月 日、死亡したため。  
2 コロナ感染症により同一世帯における主たる生計維持者が令和 年 月 日から令和 年 月 日まで、 病院で治療したため。（上記に加え、令和 年 月 日から令和 年 月 日まで、自宅・ホテルで療養）  
3 コロナ感染症の影響により、同一世帯における主たる生計維持者の 給与・山林 収入が減収したため。

申請内容を問い合わせることがあります。昼間に連絡のとれる番号を記入してください。

個人情報の確認に関する同意書

江戸川区介護保険料減免に係る審査のため、必要があるときは江戸川区福祉部介護保険課が区の関係各部課から次の個人情報を確認することに同意します。また、この申請書の記載内容が事実と相違ないことを誓約します。

(1) 本人及び同一世帯における主たる生計維持者の所得及び課税に関する情報  
(2) 世帯に関する情報

申 請 者	氏名	介護 保子 (印)	被保険者との関係	子
	住所	江戸川区 中央 1 丁目 4 番 1 号	電話番号	090-0000-0000

収入減少額申告書

被保険者番号	0	0	0	1	2	3	4	5	6	7
被保険者氏名	介護 花子									

以下の1から5の記入をお願いします。  
いずれの項目も同一世帯の主たる生計維持者の情報を記入してください。

- 1 2019年の年間の収入、所得及び合計所得について。  
※2019年分の源泉徴収票、確定申告書の写しを添付してください。

	給与収入	事業収入	不動産・山林収入 (註記に○)
収入	円	300万 円	100万 円
所得	円	200万 円	50万 円
2019年の合計所得		250万 円	

2019年分の確定申告書や  
源泉徴収票から転記してください。

- 2 2020年の年収見込み額について。  
※既に確定した月の給与明細、通帳の写し、売上台帳など収入の確認できる物の写しを添付してください。  
※「収入」は、保険金、損害賠償等により補填される金額がある場合、その額を加えた額になります。  
国や都道府県から支給される給付金（特別定額給付金、持続化給付金等）は、保険金、損害賠償等に含まれません。

給与収入	事業収入	不動産・山林収入 (註記に○)
円	210万 円	100万 円

2020年の既に確定している分と12月  
までの見込分を合算して2020年の見込  
みの年収を記入してください。

(例：申請月が6月)

確定分 ⇒ 1月～5月

見込み分 ⇒ 6月～12月

- 3 2019年と2020年を比較して、最も減収した月の収入について。  
2019年分は上段に、2020年分を下段に（それぞれ経費等を差し引く前の金額）記入してください。  
※該当月の給与明細、通帳の写し、売上台帳など、該当月の収入が確認できる物の写しを添付してください。  
※2020年の段は、「2」で記載した収入と同様、補填される金額がある場合、その額を加えた額になります。

	給与収入	事業収入	不動産・山林収入 (註記に○)
2019年4月	円	25万 円	円
2020年4月 (上段と同月)	円	15万 円	円

必ず2020年と2019年の同月を記入してください。  
(例：2019年と比較して最も減収した月が4月の場合)  
上段：2019年4月  
下段：2020年4月

- 4 勤務先・事業所得について。  
給与収入の方は勤務先、事業収入の方は事業所等について記入してください。

勤務先名称又は屋号	江戸川商店	職業（業種）	小売業
所在地	江戸川区中央1丁目4番1号 (電話)00-0000-0000		

- 5 コロナ感染症の影響により、事業等を廃止又は失業しましたか。

はい  いいえ

※「はい」の方は、事業等を廃止又は失業したことを確認できる物の写しを添付してください。

国民健康保険、後期高齢者医療保険においても同様の制度があります。  
詳しくは下記にお問合せください。

医療保険課 国民健康保険資格係 03-5662-0560

高齢者医療係 03-5662-1415