

低所得者に対する介護保険料軽減措置実施要綱

1 目的

低所得者で特に生計が困難である者に、介護保険料軽減措置をすることにより、生活の安定を図ることを目的とする。

2 実施方法及び軽減措置

第1号被保険者の保険料を財源として実施する。

軽減措置は、第2段階の保険料を第1段階相当額に軽減する。

3 軽減措置対象者

次のすべてに該当する者

- (1) 世帯全員が住民税非課税であること（第2段階）。
- (2) 世帯員全員が所得（収入から必要経費の控除・給与所得控除・公的年金等控除を行った後の額）がないこと。
- (3) 世帯の年間収入金額が60万円以下であること（世帯員3人以上の場合は1人当たり17.5万円を加算）。
- (4) 住民税課税者に扶養されてないこと。
- (5) 住民税課税者と生計を共にしてないこと。
- (6) 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。

4 対象者の確認

被保険者からの申請に基づき、保険者が、軽減措置要件に該当するか個別に判断して適否を決定する。

5 手続き

保険料の軽減措置を受けようとする者は、普通徴収の方法により保険料を徴収されている者については納期限7日までに、特別徴収の方法により保険料を徴収されている者については特別徴収対象年金給付の支払いに係る月の前前月の15日までに、次に掲げる事項を記載した申請書（別記様式）に軽減を受けようとする理由を証明する書類を添付して、町長に提出しなければならない。

- (1) 第1号被保険者及びその属する世帯の生計を主として維持する者の氏名及び住所
- (2) 軽減を必要とする理由

附 則

この要綱は、公布の日から施行し、平成15年4月1日から適用する。

別記様式（第5項関係）

介護保険料軽減措置申請書

只見町長

次のとおり 年度分介護保険料の軽減措置を申請します。

		申請年月日	年 月 日
申請者氏名			本人との関係
申請者住所	〒 電話番号		

＊申請者が被保険者本人の場合は、申請者住所・電話番号は不要

被 険 者	被保険者番号											
	フリガナ											
	氏 名					生年月日	年 月 日					
						性 別	男 ・ 女					
住 所	只見町大字 字 番地 電話番号											

申 請 理 由	
---------	--