

新型コロナウイルス感染症の影響により保険料の納付が困難な方へ

介護保険の第一号保険料の減免について (平成31年度及び令和2年度分)

新型コロナウイルス感染症の影響により、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第一号被保険者や、主たる生計維持者の事業等に係る収入が令和元年（平成31年）より30%以上減少する見込みの第一号被保険者は、申請して認められれば介護保険料の減免を受けることができます。

※国民健康保険または後期高齢者医療保険に加入している人は、保険税（料）について同様の減免を受けられる場合があります。各保険税（料）について、市国保医療課にお問い合わせの上、手続きしてください。

対象となる方

対象①	<p>新型コロナウイルス感染症の影響により、令和2年度に同一世帯の主たる生計維持者が死亡または重篤な傷病^{※1}を負った第一号被保険者</p> <p>※1 一ヶ月以上の治療を要すると認められた人など</p>
対象②	<p>新型コロナウイルス感染症の影響により、同一世帯の主たる生計維持者の事業収入等^{※2}のいずれかの減少が見込まれ、次の(1)及び(2)に該当する第一号被保険者</p> <p>(1) 事業収入等のいずれかの減少見込額^{※3}が、令和元年（平成31年）に比べて30%以上減少^{※4}</p> <p>(2) 減少が見込まれる主たる生計維持者の事業収入等に係る所得以外の令和元年（平成31年）の所得の合計額が400万円以下</p> <p>※2 対象となる収入は、事業収入、不動産収入、山林収入、給与収入（以下、事業収入等）</p> <p>※3 減少見込み額は、保険金、損害賠償等により補填されるべき金額を控除します。ただし、国や都道府県から支給される各種給付金（特別定額給付金や持続化給付金等）は事業収入等の計算に含めません。</p> <p>※4 令和元年（平成31年）と令和2年の収入額と比較し、判断します。</p>

対象となる期間の保険料

	平成31年度	令和2年度
特別徴収(年金天引き)の天引き月	令和2年2月	令和2年4、6、8、10、12月、令和3年2月
普通徴収(納付書/口座振替)の納期	第8、9期、随時期	第1～9期、随時期

※納期限等が令和2年2月1日以降の平成31年度分及び令和2年度分の保険料

※上記期間分であれば、申請時点で納期限が過ぎている介護保険料についても、遡って適用を受けることができます。

減免割合

対象①	対象となる期間の保険料全額				
対象②	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">対象保険料額 (A×B÷C)</div>	×	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">減免又は免除の割合</div>	=	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">減免額</div>
	▲		▲		
	第一号被保険者の 保険料額(A) ×	主たる生計維持者の 減少見込み事業収入等に 係る令和元年(平成31年) の所得額(B)	主たる生計維持者の 令和元年(平成31年)の 合計所得金額(C)		
		10/10	令和元年(平成31年) の合計所得金額が 200万円以下		
		8/10	令和元年(平成31年) の合計所得金額が 200万円超		
		10/10	事業等の廃止、失業		

申請の手続き方法は裏面をご確認ください

申請に必要な書類

以下の書類をご提出ください。

全員必須	1	介護保険料減免申請書（別紙1）	<p>所定の様式あり</p> <p>※市ホームページからダウンロードできます</p> <p>※被保険者1人につき1枚</p>
	2	本人確認書類	<p>申請者（被保険者本人）の介護保険被保険者証</p> <p>または運転免許証、マイナンバーカードなど</p> <p>※郵送で申請する場合は写しを提出してください</p>
対象①の場合	該当のもの	3	<p>死亡の場合</p> <p>（新型コロナウイルス感染症によることがわかること）</p>
		4	<p>重篤な傷病を負った場合</p> <p>医師の診断書、保健所等から交付される措置入院の勧告書などの写し</p> <p>（新型コロナウイルス感染症によることがわかること）</p>
対象②の場合	該当のもの	5	<p>令和元年（平成31年）及び令和2年分の収入実績がわかる書類の写し</p> <p>主たる生計維持者の確定申告書類等を提出してください</p> <ul style="list-style-type: none"> ・確定申告書の写し <p>または</p> <ul style="list-style-type: none"> ・源泉徴収票の写し（給与所得者の場合）
		6	<p>※事業等の廃止または失業の場合</p> <p>事業廃止届、退職証明書、解雇通知、離職票など事実が確認できる書類の写し</p>
		7	<p>※保険金、損害賠償等により補填されるべき金額がある場合</p> <p>帳簿や保険の契約書などの写し</p>

問合せ・申請先

宗像市 健康福祉部 介護保険課 介護保険係 （宗像市役所北館 1階 17番窓口）

〒811-3492 福岡県宗像市東郷 1-1-1

☎0940-36-4877