

品川区介護保険料の低所得者に対する減額の事務取扱要綱

制定	平成13年	7月	4日	区長決定	要綱第164号
改正	平成21年	3月	31日	部長決定	要綱第229号
改正	平成27年	3月	31日	部長決定	要綱第292号
改正	平成28年	3月	31日	部長決定	要綱第98号
改正	平成30年	3月	28日	区長決定	要綱第78号
改正	平成31年	3月	27日	部長決定	要綱第114号
改正	令和3年	7月	1日	区長決定	要綱第201号

(趣旨)

第1条 この要綱は、品川区介護保険制度に関する条例（平成12年品川区条例第19号。以下「条例」という。）第22条第2項および品川区介護保険制度に関する条例施行規則（平成12年品川区規則第46号。以下「規則」という。）第9条の2に規定する保険料の減額に関する事務の取扱いについて、必要な事項を定めるものとする。

(申請の手続)

第2条 条例第22条第2項および第3項の規定に基づき、保険料の減額を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、あらかじめ介護保険料減額申請書（第1号様式。以下「申請書」という。）および生活の状況に関する調査票（第2号様式。以下「調査票」という。）に、次に掲げる書類を必要に応じて添付し、または提示して、区長に申請するものとする。

(1) 申請者および世帯員の前年の収入および資産に関して証明する書類

- ア 年金受給者については、年金振込通知書または年金受給額を証明する書類
- イ 事業所に勤務している者については、源泉徴収票または給与証明書
- ウ その他の者については、確定申告書の写し等
- エ 預貯金および資産を証明する書類

(2) 申請者の扶養に関して証明する書類

- ア 医療保険の被保険者証
- イ 扶養している者の給与証明書等または確定申告書の写し

2 前項の申請手続きは、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前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減額を受けようとする月の末日前7日までに、区長に申請しなければならない。

(申請書の審査)

第3条 区長は、前条の申請書および調査票の提出があった場合には、申請の内容について審査する。

(収入要件)

第4条 規則第9条の2第1項第2号に定める収入金額とは、申請者および賦課期日現在の当該世帯員全員の前年の確定した各種年金収入、給与収入（各種手当含む。）、事業収入、恩給、仕送り、その他収入の金額をいい、その金額の合計額が同号に定める金額以下であることとする。

（資産要件）

第5条 規則第9条の2第1項第3号の区長が別に定める預貯金、不動産その他の資産とは、次に掲げる資産をいう。

- (1) 300万円以上の預貯金
- (2) 処分可能な居住用以外の土地または家屋

（扶養要件）

第6条 規則第9条の2第1項第4号に定める生計を共にしていないことまたはその者の扶養を受けていないことの事実については、調査票により審査する。

（承認の決定等）

第7条 区長は、審査の結果、承認または不承認を決定する。

2 区長は、前項の決定後、介護保険料減額承認決定通知書（第3号様式。以下「承認決定通知書」という。）または介護保険料減額不承認決定通知書（第4号様式。以下「不承認決定通知書」という。）により、申請者に通知するものとする。

（承認期間）

第8条 承認期間は、申請月から当該年度末までとする。

（減額対象の保険料）

第9条 減額対象の保険料は、承認決定した月以降の月割保険料とする。

（仮算定時の取扱い）

第10条 4月および5月の申請時における収入判定は、当該年度の課税情報が確定していないため当該年度の課税情報が確定後、7月に前年の収入をもって判定する。

（減額の適用）

第11条 区長は、前年度末まで減額の承認をした者について、当該年度に減額を決定するまでの間、引き続き減額を適用する。ただし、引き続き減額の適用を受けようとする者は、当該年度の6月末日までに申請書および調査票を提出しなければならない。

（減額適用の決定）

第12条 区長は、前条ただし書きの申請があったときは審査を行い、減額の要件に該当した場合は、承認決定通知書により当該被保険者に通知する。

2 区長は、審査の結果減額の要件に該当しなくなった場合は、不承認決定通知書により当該被保険者に通知する。

（減額の取消）

第13条 区長は、偽りの申請その他不正行為により減額を承認された者については、その処分を取り消すとともに、介護保険料減額取消決定通知書（第5号様式）を当該申請者

に通知するものとする。この場合において、区長は、減額により免れた保険料を徴収するものとする。

(その他)

第14条 この要綱に定めのない事項は、福祉部長が定める。

付 則

この要綱は、平成13年10月1日から適用する。ただし、第2条の規定は平成13年8月1日から適用する。

付 則

この要綱は、平成21年4月1日から適用する。

付 則

この要綱は、平成27年4月1日から適用する。

付 則

この要綱は、平成28年4月1日から適用する。

付 則

この要綱は、平成30年4月1日から適用する。

付 則

この要綱は、平成31年4月1日から適用する。

付 則

この要綱は、令和3年7月1日から適用する。

介護保険料減額申請書（特例）

申請日 年 月 日

品川区長あて

品川区介護保険条例第22条第3項の規定に基づき、介護保険料の減額を受けたいので申請します。なお、審査にあたって必要があるときには、税務部局などの関係機関に必要な照会を行うことに同意します。

(減額を受ける対象者) 申請者	住所	〒			電話	()																			
	フリガナ				生年月日	年 月 日																			
	氏名																								
	被保険者番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 2.5%;"> </td><td style="width: 2.5%;"> </td> </tr> </table>																						← 介護保険被保険者証などに記載あり。	
申請代理人	住所	〒			電話	()																			
	フリガナ				申請者との続柄																				
	氏名																								

申請対象の保険料	該当年度	対象となる保険料額	対象となる保険料額の納期	保険料の徴収方法
	年度	円	年 月 日以降	特別徴収・普通徴収・併用徴収

*** あなたが 年 1月 2日以降に品川区に転入された場合など、この申請にかかわる方が品川区以外で 年度の住民税を課税されている場合には、課税地発行の非課税証明書を必ず添付してください。**

【区事務処理欄】		※申請者(代理人含む)は記入しないでください		受付日 年 月 日								
被扶養状況	<input type="checkbox"/> 記載なし <input type="checkbox"/> 記載あり(含要件)	資格の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし									
被保険者証	<input type="checkbox"/> 国保・後期 <input type="checkbox"/> その他	保険料段階	<input type="checkbox"/> 3・4段階 <input type="checkbox"/> 左記以外									
健康保険状況	<input type="checkbox"/> 記載なし <input type="checkbox"/> 記載あり(含要件)	保険料収納状況	<input type="checkbox"/> 完納 <input type="checkbox"/> 未納あり									
世帯員変更	<input type="checkbox"/> 記載なし <input type="checkbox"/> 記載あり(含要件)	申請対象保険料	<input type="checkbox"/> 正 <input type="checkbox"/> 誤									
分離世帯状況	<input type="checkbox"/> 記載なし <input type="checkbox"/> 記載あり	保険料徴収方法	<input type="checkbox"/> 特徴 <input type="checkbox"/> 普徴 <input type="checkbox"/> 併徴									
仕送り状況	<input type="checkbox"/> 記載なし <input type="checkbox"/> 記載あり	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> / </div> 収 受 印										
年金等受給状況	<input type="checkbox"/> 記載なし <input type="checkbox"/> 記載あり											
資産保有状況	<input type="checkbox"/> 署名あり <input type="checkbox"/> 署名なし											
課税状況	<input type="checkbox"/> 課税権あり <input type="checkbox"/> 課税権なし <table style="display: inline-table; vertical-align: middle; margin-left: 10px;"> <tr> <td rowspan="3" style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">{</td> <td><input type="checkbox"/>転入者</td> <td rowspan="3" style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">}</td> <td><input type="checkbox"/>本人非課税証明書</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>住所地特例</td> <td><input type="checkbox"/>同一世帯員非課税証明書</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/>扶養者非課税証明書</td> </tr> </table>				{	<input type="checkbox"/> 転入者	}	<input type="checkbox"/> 本人非課税証明書	<input type="checkbox"/> 住所地特例	<input type="checkbox"/> 同一世帯員非課税証明書		<input type="checkbox"/> 扶養者非課税証明書
{	<input type="checkbox"/> 転入者	}	<input type="checkbox"/> 本人非課税証明書									
	<input type="checkbox"/> 住所地特例		<input type="checkbox"/> 同一世帯員非課税証明書									
			<input type="checkbox"/> 扶養者非課税証明書									
承認結果	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認 理由()											

生活の状況に関する調査票（特例）

介護保険料減額申請の審査のため、次の質問にお答えください。なお、質問項目が減額該当要否の基準に直接関わることから、回答内容が事実と異なる場合や変更があった場合には、一旦決定した減額を遡って取消したり、事実判明の時点で打ち切ることがありますのでご了承ください。

質問 1. あなたは _____ 年度にどなたかの住民税法上の被扶養者となっていますか。
 なっていない なっている *

質問 2-1. あなたの加入する健康保険の種類はどれですか。
 国民健康保険 その他（社保・共済等）
 または後期高齢者医療保険



質問 2-1 で「**その他（社保・共済等）**」を選択した方のみ、**質問 2-2** を回答してください。

質問 2-2. あなたの加入する健康保険の被保険者証の被保険者はどなたですか。
 あなた あなた以外 *

* 質問 1 で「**なっている**」と回答した方 または質問 2-2 で「**あなた以外**」と回答した方
減額申請にはそれぞれ該当する住民税法上の扶養者、健康保険被保険者証の被保険者が**非課税**であることが要件となります。
⇒ その方の住民登録が _____ 年 1 月 1 日時点で品川区に・・・
I) ない場合：その方の課税地発行の非課税証明書が必要です。
II) ある場合：下欄の同意書に必要事項をご記入ください(非課税証明書は不要です)。



同意書

私は、介護保険料減額申請審査のために必要があるときは、住民税の課税状況につき、税務部局などの関係機関に必要な照会を行うことに同意します。

氏名（申請者の扶養者もしくは健康保険の被保険者証の被保険者）

申請者との続柄

住所（申請者の扶養者もしくは健康保険の被保険者証の被保険者）

〒

電話 ()

質問3. 年1月2日以降にあなたの世帯に転入してきた方がいますか。

いない いる *

* 質問3で「いる」と答えた方の減額申請には転入してきた方が非課税である事が要件となりますので、課税地発行の非課税証明書が必要です。

転入してきた年月日	年	月	日
転入してきた方の氏名と年齢	(歳)

質問4. あなたの住んでいる住居にあなたとは別の世帯の方も住んでいますか。

いない いる (下欄にその状況についてご記入ください。)

<同居居に住む別世帯の方の氏名とあなたとの間柄>

.....

<同居居に住む別世帯の方との生活費の分担の状況>

.....

.....

質問5. あなたは、仕送り等の経済的な援助を受けていますか。

いない いる (下欄に内容や月額等の状況をご記入ください。)

<仕送り等の経済的な援助の状況>

.....

.....

質問6. あなたは、失業等給付または遺族年金や障害者年金の給付を受けていますか。

いない いる (下欄に受給年金等の名称と月額をご記入ください。)

<受給内容>

.....

.....

次の事柄について、確認のうえご署名ください。

当該減額の適用にあたっては、①申請者の銀行預金、郵便貯金および国債・地方債等の合計額が300万円未満であること、②申請者が居住用以外に処分可能な土地または家屋を所有していないことが要件となっておりますが、確かに私は、これを超える資産を所有しておりません。

申請者署名

.....

様

品川区長



年度介護保険料減額承認決定通知書

さきに申請がありました 年度分介護保険料の減額について、品川区介護保険制度に関する条例第22条の規定に基づき、下記のとおり承認と決定しましたので通知します。

なお、この減額の対象となる要件が消滅した場合には、直ちにその旨を申し出てください。

記

被 保 険 者 番 号	
被 保 険 者 氏 名	
決 定 内 容	
減 額 対 象 期 間	年度 月期 ~ 月期
減 額 反 映 開 始 期 月	年度 月期から
承 認 前 保 険 料 額	円
承 認 後 保 険 料 額	円
減 額 分	円
備 考	

※今後の保険料の詳細については、同封の「介護保険料納入通知書」をご覧ください。

問い合わせ先

(郵便番号) (所在地)

(品川区担当部課係名)

(電話番号)

審査請求および取消訴訟

この決定に不服があるときは、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3カ月以内に、東京都介護保険審査会(所在地 電話番号)に対し審査請求をすることができます(なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3カ月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。)

上記の審査請求に対する裁決を経た場合に限り、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6カ月以内に、品川区を被告として(品川区長が被告の代表者となります。)処分の取消しの訴えを提起することができます(なお、この裁決があったことを知った日の翌日から起算して6カ月以内であっても、この裁決の日の翌日から起算して1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。)。ただし、次の1から3までのいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。

1. 審査請求があった日の翌日から3カ月を経過しても裁決がないとき。
2. 処分、処分の執行又は手続きの続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
3. その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

様

品川区長



年度介護保険料減額不承認決定通知書

さきに申請がありました 年度分介護保険料の減額について、品川区介護保険制度に関する条例第 2 2 条の規定に基づき、下記のとおり不承認と決定しましたので通知します。

記

被 保 険 者 番 号	
被 保 険 者 氏 名	
決 定 内 容	
不 承 認 決 定 理 由	
備 考	

問い合わせ先

(郵便番号) (所在地)
(品川区担当部課係名)
(電話番号)

審査請求および取消訴訟

この決定に不服があるときは、この決定があったことを知った日の翌日から起算して 3 カ月以内に、東京都介護保険審査会 (所在地 電話番号) に対し審査請求をすることができます (なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して 3 カ月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して 1 年を経過すると審査請求をすることができなくなります。)

上記の審査請求に対する裁決を経た場合に限り、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して 6 カ月以内に、品川区を被告として (品川区長が被告の代表者となります。) 処分の取消しの訴えを提起することができます (なお、この裁決があったことを知った日の翌日から起算して 6 カ月以内であっても、この裁決の日の翌日から起算して 1 年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。)。ただし、次の 1 から 3 までのいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。

1. 審査請求があった日の翌日から 3 カ月を経過しても裁決がないとき。
2. 処分、処分の執行又は手続きの続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
3. その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

様

品川区長



年度介護保険料減額取消決定通知書

年 月 日付第 号により決定した 年度分介護保険料減額について、品川区介護保険制度に関する条例第22条の規定に基づき、下記のとおり取消しと決定しましたので通知します。

記

被 保 険 者 番 号	
被 保 険 者 氏 名	
決 定 内 容	
決 定 理 由	
取 消 対 象 期 間	年度 月期 ~ 月期
取 消 反 映 開 始 期 月	年度 月期から
取 消 前 保 険 料 額	円
取 消 後 保 険 料 額	円
差 額	円
備 考	

※今後の保険料の詳細については、同封の「介護保険料納入通知書」をご覧ください。

問い合わせ先

(郵便番号) (所在地)

(品川区担当部課係名)

(電話番号)

審査請求および取消訴訟

この決定に不服があるときは、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3カ月以内に、東京都介護保険審査会(所在地 電話番号)に対し審査請求をすることができます(なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3カ月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。)

上記の審査請求に対する裁決を経た場合に限り、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6カ月以内に、品川区を被告として(品川区長が被告の代表者となります。)処分の取消しの訴えを提起することができます(なお、この裁決があったことを知った日の翌日から起算して6カ月以内であっても、この裁決の日の翌日から起算して1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。)。ただし、次の1から3までのいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。

1. 審査請求があった日の翌日から3カ月を経過しても裁決がないとき。
2. 処分、処分の執行又は手続きの続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
3. その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。