

## 大阪市介護保険料減免事務取扱要領

この事務取扱要領は、大阪市介護保険条例（以下「条例」という。）第15条、同施行規則第29条及び第30条並びに大阪市介護保険料徴収猶予及び減免基準（以下「減免基準」という。）に規定する保険料の減免の事務取扱いについて必要な事項を定めるものとする。

### 記

#### 1 趣旨

保険料の減免は、第1号被保険者の属する世帯が、保険料の賦課決定後に、災害による財産の著しい損害や、疾病や失業などによる収入の著しい減少等の特別の事情により、負担能力が著しく低下し、保険料の全額負担が困難であると認められる場合に行うものである。

減免は、他の被保険者との公平の観点から、単に減免基準に基づき機械的に決定するものではなく、前記の趣旨を十分に踏まえ、適用するものである。

#### 2 申請

申請は、介護保険料減免申請書（様式1）によることとし、これと共に減免が必要な特別な事情及び所得等を証明する書類の提出を求めるが、他制度の減免申請等のため他課に提出された資料等により確認できる場合は、その旨の記録又は写しの添付をもって、提出に代えることができる。

減免は、被保険者本人又は連帯納付義務者の申請に基づき行うが、これにより難しい場合は、代理人の申請により行う。代理人の場合は、委任状の提出を求める。

#### 3 審査

I～IVの適用にあたっては、次の事項を確認し、介護保険料減免審査書（様式2）への記録及び関係書類の添付を行う。

##### I 災害減免

被保険者からの申請に基づき、所得及び損害の程度の区分を確認し、審査する。

##### ア 前年中の所得区分

減免申請日現在の被保険者の属する世帯全員の前年中の合計所得金額により確認する。

また、市民税の申告免除者等、前年中の合計所得金額を市税に関する公簿上把握していない者については、介護保険料のための所得申告書（様式3）の提出を求め、その記載内容をもって確認する。

##### イ 損害の程度

被災事実を証明する資料（り災証明書等）又はその写しの提出を求め、次表の損害程度の区分と照らし合わせる。

提出された資料では損害程度が判明しない場合は、資料の発行元に確認を行い、当該資料に補記を行うこととする。

損害の程度	判 定 基 準
7 割以上	・ 住宅の床面積の 7 割以上が損壊、流出、埋没又は焼失（焼失で消火による損壊を含む。（以下同じ。））したもの又は 7 割未満であっても全面的に改築しなければ居住の用に供し得ない状態のもの。 ・ 家財の 3 分の 2 以上の損害を受けたもの。
5 割以上 7 割未満	・ 住宅の床面積の 5 割以上 7 割未満が損壊、流出、埋没又は焼失したもので、残存部分を改築により居住の用に供し得る状態のもの。 ・ 3 日以上の床上浸水又は家財の 2 分の 1 以上 3 分の 2 未満の損害を受けたもの。
3 割以上 5 割未満	・ 住宅の床面積の 3 割以上 5 割未満が損壊、流出、埋没又は焼失したもので、残存部分を改築により居住の用に供し得る状態のもの。 ・ 2 日以内の床上浸水又は家財の 3 分の 1 以上 2 分の 1 未満の損害を受けたもの。

#### ウ 免除期間の起算月

免除期間の起算月は、被災した日が属する月とする。

ただし、ウクライナから避難を目的として日本に入国した外国人の場合は、入国した日が属する月とする。

## II 所得減少軽減

収入が減少した事由及び減少後に相当する保険料の所得段階が 6 段階以下となることを確認する。

収入が減少した状況については、収入等申告書（様式 4）の提出を求め、申請日以降の 1 年間の見込所得が、市町村民税均等割非課税相当所得以下となることを確認する。（賦課期日現在、6 段階以下である場合は、収入減少後に相当する保険料の所得段階がより低い段階となることを確認する。）

ただし、前年度に所得減少軽減の適用を受けたものが、当該年度も引き続き当該減免の適用を受ける場合は、当該年度の 4 月 1 日以降の 1 年間の見込所得が市町村民税均等割非課税相当所得以下であることを確認する。

所得減少軽減については、税法上の非課税基準を準用して審査するため、雇用保険の失業等給付や遺族・障がい年金は、収入として認定しない。

## III 給付制限減免

介護保険法第63条に該当する事由で申請があった場合は、在監証明等により事実の確認を行う。

#### Ⅳ 生活困窮者軽減

##### ア 収入

収入等申告書の提出を求めるとともに、年金支払通知書、税務資料などにより、被保険者の属する世帯全員の申請日以降の1年間の合計見込収入が、減免基準額以下となることを確認する。

なお、前年度に生活困窮者軽減の適用を受けたものが、当該年度も引き続き当該減免の適用を受ける場合は、当該年度の4月1日以降の1年間の合計見込収入が減免基準額以下となることを確認する。

生活困窮者軽減については、税法上課税の対象とならない収入、仕送りなどあらゆる収入を認定する。

ただし、別紙の経費及び収入については、控除又は認定除外できることとする。

したがって、事業収入については、税法上の必要経費を控除した税法上の「事業所得」を算入することとなるので、税務資料によって「事業所得」を確認する。

(生活困窮者軽減における収入の考え方)

- ・給与収入、年金収入（障がい年金、遺族年金等の非課税収入を含む）、利子及び配当金については支給額をいう。
- ・事業所得については、収入から税法上の必要経費を控除した、税法上の「事業所得」をいう。なお、必要経費控除後の所得がマイナスとなる場合には、「0円」と置き換えて計算をする。

##### イ 扶養

被保険者の被扶養状況については、収入等申告書への記載を求め、次の事項に該当する場合は、減免適用の対象外となることを説明する。

また、被扶養者となっていないことを確認する。

- (ア) 被保険者が、他の世帯に属する者の所得税又は個人市町村民税の扶養控除において扶養親族となっていないこと
- (イ) 被保険者が、他の世帯に属する者が被保険者となっている健康保険などの医療保険において被扶養者となっていないこと

##### ウ 資産

収入等申告書の提出を求めるとともに、原則として、申告があった預貯金等の残高について、挙証資料（通帳の写しなど）の添付により確認する。次の事項に該当する場合は、減免適用の対象外となることを説明する。

- (ア) 世帯員全員の預貯金等の額が次の額を超える場合

1人世帯350万円（世帯員が1人増えるごと100万円を加算）

預貯金等とは、銀行預金、国債・地方債、郵便貯金、株式等（時価により算出）

をいう。

- (イ) 次の者が被保険者の属する世帯に含まれる場合  
居住用以外に処分可能な土地又は家屋を所有する者

#### エ 養護老人ホーム入所者

減免の適用対象外としていることから減免適用の際には、養護老人ホームの入所の確認を行う。

また、減免の適用者が養護老人ホームに入所した場合の減免適用期間については、入所日の属する月（１日付入所の場合はその前月）までとするため、新規入所者については、資格の確認に加え、減免の有無を確認し、減免が適用されている場合は、減免期間の変更入力を行う。

#### オ 保険料納付状況

収納状況を確認し保険料の滞納がないことを確認する。もしくは滞納がないことと同視できる場合は、軽減対象とする。

#### カ 過料

偽りその他不正の行為により保険料の減額を受けたとき、減額を取り消し、減額相当額の返還を求める。また、条例第18条第4項により、過料に処せられる場合がある。

### 4 決定後の事務処理

- I 審査の結果、減免を決定する場合は、介護保険料決定・変更決定通知書を、減免申請を却下する場合は介護保険料減免申請却下通知書（様式５）を当該被保険者に交付する。
- II 減免を取り消す場合は、介護保険料減免取消通知書（様式６）及び介護保険料決定・変更決定通知書を被保険者に交付する。
- III 同時に複数の減免に該当した場合は、本人の有利な減免を適用する。（複数適用は不可）
- IV 減免期間が翌年度にまたがる場合や、保険料の負担が困難である事実が翌年度も継続する場合は、翌年度保険料決定後に改めて申請を受け、再審査のうえ適用する。
- V 減免の適用により、保険料の徴収方法が特別徴収から普通徴収に変更となる場合には、口座振替（自動払込）の利用を勧奨する。
- VI Iにより行った減免申請の却下、またはIIにより行った減免取消について取消を行う場合は、介護保険料減免取消・減免申請却下処分に係る取消通知書（様式７）を被保険者に交付する。

### 5 実施期日

この減免事務取扱要領は、平成12年7月3日から適用する。

生活困窮者軽減の審査における資産要件の確認方法の変更（３．IV．ウ）について、

平成28年度新規申請については、平成28年5月 1 日以降の申請から適用する。

(平成12年9月19日改正)

(平成13年4月1日改正)

(平成18年4月1日改正)

(平成19年4月1日改正)

(平成19年10月9日改正)

(平成21年4月1日改正)

(平成22年4月1日改正)

(平成24年4月1日改正)

(平成27年4月1日改正)

(平成28年4月21日改正)

(令和元年5月1日改正)

(令和元年7月1日改正)

(令和3年4月1日改正)

(令和4年11月30日改正)

(令和5年4月1日改正)

(令和6年4月1日改正)

介護保険料減免申請書

大阪市長

年 月 日

申請者 住 所

電話番号 ー

氏 名

次のとおり介護保険料の減免を申請します。

被保険者番号	
被保険者氏名	
年度区分	年度
申請理由 〔 □に✓を つけてください 〕	<div><div><input type="checkbox"/> 震災</div><div><input type="checkbox"/> 風水害</div><div><input type="checkbox"/> 火災</div><div><input type="checkbox"/> 死亡</div><div><input type="checkbox"/> 疾病</div><div><input type="checkbox"/> 事業または業務の休廃止</div><div><input type="checkbox"/> 失業</div><div><input type="checkbox"/> 生活困窮</div><div><input type="checkbox"/> その他（</div><div></div><div>）</div></div>
個人番号	

介護保険料減免審査書

【様式2】

被保険者番号	被保険者氏名	生年月日
		M・T・S 年 月 日

調 査 欄							
<input type="checkbox"/> 新規申請 <input type="checkbox"/> 更新申請（前年度収入から <input type="checkbox"/> 変更あり <input type="checkbox"/> 変更なし）							
世 帯 状 況				税 情 報		現 在 収 入	
氏 名	続柄	年齢	職業	課税状況	収入	今後見込年収	合計所得金額
				課 非 未	一致・不一致		
				課 非 未	一致・不一致		
				課 非 未	一致・不一致		
				課 非 未	一致・不一致		
				課 非 未	一致・不一致		
滞納の有・無		有（ 円）・無		小 計			
（備考）（税情報との不一致の額等）				控除収入			
				差引合計			

審 査 欄						
決 裁（ 年 月 日）			課 長	課長代理	担当係長	係 員
年 月 日付け介護保険料減免申請書に基づき調査した結果、次のとおり審査します。						
<input type="checkbox"/> 適 用  適用期間 年 月  （ 年 月  保険料変更 年 月	<input type="checkbox"/> 災 害 減 免  被災日 年 月 日	損 害 程 度	世帯の前年中合計所得金額			
			500万円以下	500万円超 750万円以下	750万円超 1000万円以下	
			7割以上	<input type="checkbox"/> 12か月	<input type="checkbox"/> 12か月	<input type="checkbox"/> 8か月
			5割以上7割未満	<input type="checkbox"/> 12か月	<input type="checkbox"/> 8か月	<input type="checkbox"/> 4か月
	3割以上5割未満		<input type="checkbox"/> 8か月	<input type="checkbox"/> 4か月	<input type="checkbox"/> 2か月	
	<input type="checkbox"/> 所得減少減免  事実発生日 年 月 日	保険料の所得段階				
		賦課期日（*）現在 （保険料率）		収入減少後 （保険料率）		
		第 段階 （ ）		第 段階 （ ）		
		*賦課期日後に第1号被保険者資格を取得した場合は、当該資格取得日現在				
	<input type="checkbox"/> 給付制限減免  <input type="checkbox"/> 生活困窮者減免	拘 禁 施 設				
拘 禁 期 間		年 月 日 ～ 年 月 日				
<input type="checkbox"/> 第4段階		公費による保険料軽減強化を行う 前の第4段階の2分の1に減額 (0.345)				
<input type="checkbox"/> 第3段階						
<input type="checkbox"/> 第2段階						
<input type="checkbox"/> 第1段階						
<input type="checkbox"/> 申請却下	<input type="checkbox"/> 所得が減免基準を上回るため					
	<input type="checkbox"/> 損害程度が減免基準を下回るため					
	<input type="checkbox"/> 所得減少程度が減免基準に達しないため					
	<input type="checkbox"/> 保険料の滞納があるため（生活困窮者減免の場合）					
	<input type="checkbox"/> 養護老人ホームに入所しているため（生活困窮者減免の場合）					
	<input type="checkbox"/> その他（ ）					

## 年度 介護保険料のための所得申告書

被保険者番号	
被保険者氏名	
電話番号	

大阪市長

年中(        年1月1日～12月31日)の所得について、次のとおり申告します。

氏名			
所得の有無	1 あり 2 なし	1 あり 2 なし	1 あり 2 なし

上記「1 あり」に○をされた方は、「①所得ありの方」に金額等を記入してください。

上記「2 なし」に○をされた方は、「②所得なしの方」に該当する番号等を記入してください。

## ①所得ありの方

公的年金等 収入額(※)		円		円		円
給与収入額		円		円		円
上記以外の 所得金額	所得の名称		所得の名称		所得の名称	
		円		円		円

(※)遺族年金・障がい年金・老齢福祉年金は非課税年金となりますので、金額の記入は必要ありません。

## ②所得なしの方

次の該当する番号を記入してください。

- 1 家族からの仕送りで生活、2 雇用(失業)保険で生活、3 生活保護を受けていた、  
4 預貯金で生活、5 扶養されていた、6 その他(「6 その他」の場合、その理由も記入してください)

番号			
「6 その他」の 理由			

この申告書は、介護保険料の災害における減免を審査するための申告書です。



# 収 入 等 申 告 書

【様式4】

次のとおり、私の世帯の収入等を申告します。  
なお、介護保険料減免申請の内容確認のために必要がある場合は、保険者が私を含めた世帯員の所得及び資産の状況等について、調査することに同意します。

氏名

1 世帯の収入

有無	氏 名	年齢	収入の種類	収入金額
<div><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</div>				円
				円
				円
				円
				円

(世帯員全員の氏名等を記入してください。)

2 収入年額からの控除対象

内 容	控除等対象額
	円
	円

3 世帯の預貯金等状況

区 分	有無	内 容		
預貯金	<div><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</div>	口座名義人	預貯金先	預貯金額
			[ 支店]	円
			[ 支店]	円
			[ 支店]	円
国債等	<div><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</div>	種 類		額面金額
				円
				円

4 被保険者の被扶養状況

- (1) 他の世帯に属する方の所得税又は個人市町村民税の扶養控除において、
- ☐ 扶養親族となっている。
  - ☐ 扶養親族となっていない。
- (2) 他の世帯に属する方が被保険者となっている健康保険などの医療保険において、
- ☐ 扶養親族となっている。
  - ☐ 扶養親族となっていない。

5 世帯の不動産保有状況

- 居住用以外の処分可能な土地もしくは家屋を、
- ☐ 所有している。
  - ☐ 所有していない。

8XXXXXXXXX  
 25XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
 25XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
 25XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
 25XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
 25XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX



お問い合わせ先

8XXXXXXXXX

20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

電話 14XXXXXXXXXXXX

FAX 14XXXXXXXXXXXX

# 介護保険料減免申請却下通知書

23XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

11XXXXXXXXXXXX

大阪市長

5XXXXX

11XXXXXXXXXXXX 付けの介護保険料の減免申請について、次のとおり  
 却下したので通知します。

被保険者番号	10XXXXXXXXXX
被保険者氏名	25XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 25XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
決定年月日	11XXXXXXXXXXXX
却下理由	25XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

注 この処分に不服がある場合の審査請求及び処分の取消しの訴えに関しては、裏面を  
 参照ください。

8XXXXXXXX  
 25XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
 25XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
 25XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
 25XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
 25XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX



お問い合わせ先

8XXXXXXXX

20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

電話 14XXXXXXXXXXXX

FAX 14XXXXXXXXXXXX

## 介護保険料減免取消通知書

23XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

11XXXXXXXXXXXX

大阪市長

5XXXX

11XXXXXXXXXXXXに承認した6XXXXXの介護保険料の減免について、  
 次のとおり取り消したので通知します。

被保険者番号	10XXXXXXXXXXXX
被保険者氏名	25XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 25XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
取消年月日	11XXXXXXXXXXXX
取消理由	25XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

注 この処分に不服がある場合の審査請求及び処分の取消しの訴えに関しては、裏面を  
 参照ください。

●●-●●

大阪市●●●●●●●●丁目●●番●●号

●● ●● 様

お問い合わせ先

●●-●●

大阪市●●●●●●丁目●●番●●号

大阪市●●区保健福祉センター

保健福祉課（介護保険）＜●階●●番＞

電話 ●●-●●-●●

FAX ●●-●●-●●

介護保険料 減 免 取 消  
減免申請却下

処分に係る取消通知書

●●保介第 ●●●号  
年 月 日

大阪市長

●●年●月●●日付け●●保介第●●●号にて決定した●●●●年度の介護保険料  
減 免 取 消  
減免申請却下 について、次のとおり取り消したので通知します。

被保険者番号	●●●●●●●●●●
被保険者氏名	●● ●●
取消年月日	●●年●●月●●
取消理由	●●●●●●

注 この処分に不服がある場合の審査請求及び処分の取消しの訴えに関しては、裏面を参照ください。