

秋田県後期高齢者医療広域連合告示第2号

秋田県後期高齢者医療広域連合後期高齢者医療一部負担金の減額及び免除並びに徴収猶予取扱要綱の一部を改正する要綱を次のとおり定める。

平成30年2月21日

秋田県後期高齢者医療広域連合長 穂 積 志

秋田県後期高齢者医療広域連合後期高齢者医療一部負担金の減額及び免除並びに徴収猶予取扱要綱の一部を改正する要綱

秋田県後期高齢者医療広域連合後期高齢者医療一部負担金の減額及び免除並びに徴収猶予取扱要綱（平成20年秋田県後期高齢者医療広域連合告示第5号）の一部を次のように改正する。

第2条第2項前段中「減免され」を「減免された場合」に改め、同項中「場合を含むものとする」を「場合とする」に改め、同条第3項中「第1項第4号」を「第1項第1号、第2号、第3号及び第4号」に、「被保険者の属する世帯主」を「被保険者の属する世帯の世帯主」に、「被保険者の属する主たる生計維持者である世帯員」を「被保険者の属する世帯の主たる生計維持者である世帯員」に改め、同条第4項に次のただし書を加える。

ただし、保険料を滞納していることにつき特別な事情があると認められる場合は、この限りでない。

第3条第1号中「場合」の次に「（保険金、損害賠償金等により補填されるべき額を除く。）」を加える。

第7条の見出し中「申請等の却下」を「申請等の不受理」に改め、同条中「却下するものとする」を「受理しないものとする」に改める。

様式第2号中「

収入等申告書

平成 年 月 日

秋田県後期高齢者医療広域連合長 様

氏名 ㊟

私の世帯の収入等について次のとおり申告します。

1 家族構成及び収入（年金を除く。）状況（今後1年間の見込み額）

氏名	続柄	年齢	勤務先等	収入（月平均）		
				売上	必要経費	収入

（給与所得者は、給与収入額を収入欄に記入してください。）

2 住居の状況（該当するものを○で囲んでください。）

自家 建築後 年 ・ 床面積 延べ m² (坪)
借家 (家賃 月 円 ・ 借間 (間代 月 円)

3 資産の状況

宅地	田	畑	自動車	その他
m ² (坪)	m ² (坪)	m ² (坪)	台	

4 年金収入

厚生年金、国民年金、共済年金、障害年金、遺族年金、恩給などの年金収入について記入してください。

受給者の氏名	種類	月額	年額	備考

5 保険や手当の収入

労災保険、雇用保険、療養保険、各種手当などの収入について記入してください。

受給者の氏名	種類	金額	備考
		月額 円	
		月額 円	
		月額 円	

※ 裏面へも続きます。

6 仕送り、援助等の収入

仕送り、援助者の住所	氏 名	世帯主との続柄	金 額
			月額 円
			月額 円
			月額 円

7 預貯金の状況

種 類	預貯金残高	預け入れ先	備 考
一般預金			
定期預金			
積立預金			

8 生命保険、損害保険などの加入状況

保険会社名	契約者名	保険金受取人	契約金額	掛 金
			円	月額 円
			円	月額 円
			円	月額 円

9 前年の収入状況（給与及び年金は収入の欄に記入してください）

氏 名	収 入 （ 月 平 均 ）		
	売 上	必要経費	収 入

10 その他の出費（具体的に記入してください。）

.....

.....

.....

.....

.....

.....

※記載上の注意

- ① 1については、申請時点から今後1年以内の収入の見込額を記入してください。
- ② 2～8については、現在の状況を記入してください。
- ③ 10については、前年の収入状況について記載してください。
- ④ 給与、年金については必要経費を記載しないでください。

※下記の書類を添付できる場合は、添付してください。

- ①収入金額を証明するもの（所得証明書、年金証書等）
- ②災害の程度を証明するもの（罹災証明書等）
- ③保険金、損害賠償金等により補てんされるときは、補てんされるべき額を証明するもの（保険証書等）

※申告内容に偽りがあった場合は、減免又は徴収猶予の適用を取り消すことがあります。

」を「

収入等申告書

年 月 日

秋田県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者 氏名

印

私の世帯の収入等について次のとおり申告します。

1 家族構成及び収入状況（年金を除く今後1年間の見込み額）

氏名	続柄	年齢	勤務先等	収入（月平均）		
				売上	必要経費	収入

※給与所得者は、給与収入額を収入欄に記入してください。

2 住居の状況（該当するものを○で囲んでください）

自家 建築後 年 ・ 床面積 延べ m² (坪)
借家 (家賃 月 円)
借間 (間代 月 円)

3 資産の状況

宅地	田	畑	自動車	その他
m ² (坪)	m ² (坪)	m ² (坪)	台	

4 年金収入

（厚生年金、国民年金、共済年金、障害年金、遺族年金、恩給などの年金収入について記入してください）

受給者の氏名	種類	月額	年額	備考

5 保険や手当の収入

（労災保険、雇用保険、療養保険、各種手当などの収入について記入してください）

受給者の氏名	種類	金額	備考
		月額 円	
		月額 円	
		月額 円	

※ 裏面に続きます。

6 仕送り、援助等の収入

仕送り、援助者の住所	氏名	世帯主との続柄	金額
			月額 円
			月額 円
			月額 円

7 預貯金の状況

種類	預貯金残高	預け入れ先	備考
一般預金			
定期預金			
積立預金			

8 生命保険、損害保険などの加入状況

保険会社名	契約者名	保険金受取人	契約金額	掛金
			円	月額 円
			円	月額 円
			円	月額 円

9 前年の収入状況（給与及び年金は収入の欄に記入してください）

氏名	収入（月平均）		
	売上	必要経費	収入

10 その他の出費（具体的に記入してください。）

.....

.....

.....

.....

.....

.....

※記載上の注意

- ① 1については、申請時点から今後1年以内の収入の見込額を記入してください。
- ② 2～8については、現在の状況を記入してください。
- ③ 9については、前年の収入状況について記載してください。
- ④ 給与、年金については必要経費を記載しないでください。

※下記の書類を添付できる場合は、添付してください。

- ① 収入金額を証明するもの（所得証明書、年金証書等）
- ② 災害の程度を証明するもの（罹災証明書等）
- ③ 保険金、損害賠償金等により補てんされるときは、補てんされるべき額を証明するもの（保険証書等）

※申告内容に偽りがあった場合は、減免又は徴収猶予の適用を取り消すことがあります。

」に改める。

様式第3号中「

年 月 日

秋田県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者

住 所

氏 名

印

同 意 書

私は、後期高齢者医療一部負担金の免除及び徴収猶予を申請するに当たり、私及び私の家族全員の資産、収入等の状況調査に同意します。

」を「

年 月 日

秋田県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者

住 所

氏 名

印

同 意 書

私は、後期高齢者医療一部負担金の免除及び徴収猶予を申請するに当たり、私及び私の家族全員の資産、収入等の状況調査に同意します。

」に改める。

附 則

この告示は、平成30年4月1日から施行する。