

生活困窮による減免の申請について

介護保険では、保険料の支払いが困難な場合に、一定の要件のもとに、減免を受けられる制度があります。

ご申請に基づき、審査を行い、減免の該当になった場合、申請月以降の保険料が最大 12 カ月分減免されます。

※審査の結果、減免非該当になる場合もございます。

【ご提出いただく書類】

※ 生計を一にしている親族等*がいる場合は、★のついた書類について親族等のものも提出してください。減免の審査にあたり、そのような親族等の収入も考慮されます。（*住民票上は別世帯であっても、生計を一にする同居家族や、扶養に入れることで税額上控除を受けている親族等を含みます）

① 「介護保険料減免申請書」

② 「資産・収入申告書」

下記書類の写しを添付してください。

・住居が持ち家の場合は、固定資産税額の分かるもの ★

住居が借家の場合は、領収書や契約書などの家賃の分かるもの ★

・全ての預貯金通帳（預貯金残高にかかわらず全ての預貯金通帳について、令和7年度の4月から直近までの残高を記帳し、その期間中の全てのページのコピーをご提出ください）★

・年金を受給されている場合は、令和7年度の年金額の分かるもの ★

・働いている場合は、令和7年度の収入が分かるもの（給与明細書等）★

③ 預貯金等調査に関する「同意書」（要押印）★

④ 医療費のわかる領収書（令和7年4月～令和8年3月までの分）の写し ★

⑤ 障害 1～3 級の場合は、その等級であることが分かるもの の写し★

【お問合せ先・提出先】

鎌倉市 介護保健課 介護保険担当

〒248-8686 鎌倉市御成町 18 番 10 号

0467-23-3000(代表)