

新型コロナウイルス感染症の影響による税と保険料の減免

| | 国民健康保険税 | 後期高齢者医療保険料 | 介護保険料 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------|---|------------|---|------|---------|-----|---------|----|---------|----|---------|----|-----------|----|-------|-----|--|---------|------|---------|-----|--------|----|-------|-----|
| 減免対象者 | (1) 主たる生計維持者が新型コロナウイルス感染症で死亡か重い傷病を負った世帯の方 (2) 新型コロナウイルス感染症の影響により主たる生計維持者の事業収入等（事業、給与、不動産、山林に限る）の減少が見込まれ、次のアからウの全てにあてはまる世帯の方 ア 主たる生計維持者の事業収入等（保険金等で補償された額は除く）が前年の収入額の70%以下に減ったこと。 イ 減少する見込みの事業収入等以外の前年所得の合計が400万円以下であること。 ウ 主たる生計維持者の前年の所得が1,000万円以下であること。 | | (2) 新型コロナウイルス感染症の影響により主たる生計維持者の事業収入等（事業、給与、不動産、山林に限る）の減少が見込まれ、左記のアとイのいずれにもあてはまる世帯の方 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 減免額 | 上記(1)の場合 全額 (2)の場合 減少する見込みの収入に基づき計算した保険税(料)に下記の減免割合を適用した額 <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #d9ead3;"> <th style="font-size: small;">前年の合計所得</th> <th style="font-size: small;">減免割合</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="text-align: center;">300万円以下</td><td style="text-align: center;">10割</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">400万円以下</td><td style="text-align: center;">8割</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">550万円以下</td><td style="text-align: center;">6割</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">750万円以下</td><td style="text-align: center;">4割</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">1,000万円以下</td><td style="text-align: center;">2割</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">廃業・失業</td><td style="text-align: center;">10割</td></tr> </tbody> </table> | | 前年の合計所得 | 減免割合 | 300万円以下 | 10割 | 400万円以下 | 8割 | 550万円以下 | 6割 | 750万円以下 | 4割 | 1,000万円以下 | 2割 | 廃業・失業 | 10割 | 上記(1)の場合 全額 (2)の場合 減少する見込みの収入に基づき計算した保険料に下記の減免割合を適用した額 <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #d9ead3;"> <th style="font-size: small;">前年の合計所得</th> <th style="font-size: small;">減免割合</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="text-align: center;">210万円以下</td><td style="text-align: center;">10割</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">210万円超</td><td style="text-align: center;">8割</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">廃業・失業</td><td style="text-align: center;">10割</td></tr> </tbody> </table> | 前年の合計所得 | 減免割合 | 210万円以下 | 10割 | 210万円超 | 8割 | 廃業・失業 | 10割 |
| 前年の合計所得 | 減免割合 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 300万円以下 | 10割 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 400万円以下 | 8割 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 550万円以下 | 6割 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 750万円以下 | 4割 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1,000万円以下 | 2割 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 廃業・失業 | 10割 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 前年の合計所得 | 減免割合 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 210万円以下 | 10割 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 210万円超 | 8割 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 廃業・失業 | 10割 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請期限 | 令和4年3月31日(木) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 必要書類 | 申請には、主たる生計維持者の要件により次の書類が必要です。 【死亡の場合】……………死亡診断書、死体検案書または死亡診断書に準ずる医師による証明書 【重篤な傷病を負った場合】……………医師の診断書 【事業等を廃止した場合】……………事業廃止届等、事実確認ができる書類 【失業した場合】……………雇用保険被保険者離職票等、失業したことがわかる書類 【事業収入等が見込まれる場合】…給与明細、帳簿等の写し等、収入の減少がわかる書類 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 問合せ | 住民課保険医療係 (☎32-2422) | | 保健福祉課介護保険係 (☎32-2000) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

国民健康保険・後期高齢者医療被保険者への傷病手当金の支給

| | |
|--------|--|
| 支給対象者 | 次の条件をすべて満たす方 (1) 和寒町国民健康保険被保険者又は北海道後期高齢者医療被保険者であること (2) 勤務先から給与の支払いを受けている被用者であること (3) 新型コロナウイルス感染症に感染又は発熱等の症状があり感染が疑われ、その療養のため就労できなかった期間があること (4) 就労できなかった期間において、就労を予定していた日があり、その給与の全額又は一部の支給を受けられなかったこと |
| 支給対象期間 | 就労できなかった期間のうち、最初の3日間連続して仕事を休んだ期間（待機期間）を除いた4日目以降の休みの期間（入院が継続する場合は最長1年6か月） ※4日目の休みが令和2年1月1日から令和3年9月30日までの期間に属することが必要 |
| 支給対象日数 | 就労対象期間において、就労を予定していた日数 |
| 支給金額 | $(\text{直近の継続した3か月間の給与収入の合計額} \div \text{就労日数}) \times 2/3 \times \text{支給対象日数}$ |
| 申請期限 | 休業した日の翌日から起算して2年間 ※申請される場合は事前にお問い合わせください。 |
| 問合せ | 住民課保険医療係 (☎32-2422) |