

鴨川市介護保険料過誤納返還金支払要綱を次のように定める。

令和5年11月29日

鴨川市長 長谷川 孝夫

鴨川市告示第180号

鴨川市介護保険料過誤納返還金支払要綱

(目的)

第1条 この告示は、介護保険料過誤納金及び当該介護保険料過誤納金に係る利息相当額（以下「利息相当額」という。）について被保険者に対し介護保険料過誤納返還金（以下「過誤納返還金」という。）を支払うため、必要な事項を定めることを目的とする。

(定義)

第2条 この告示において「介護保険料過誤納金」とは、次の各号のいずれにも該当する介護保険料をいう。

- (1) 平成27年度から令和3年度までの年度分の介護保険料
- (2) 介護保険法（平成9年法律第123号）第135条第5項に規定する特別徴収対象被保険者に係る介護保険料
- (3) 介護保険法第200条の2の規定に反してされた賦課決定に基づき納められた介護保険料

(過誤納返還金の支出の根拠)

第3条 過誤納返還金は、地方自治法（昭和22年法律第67号）第232条の2の規定に基づき支出するものとする。

(返還の対象)

第4条 市長は、介護保険料過誤納金がある納入者に対し、過誤納返還金を支払うものとする。

2 前項の場合において、相続があったときは、相続人に過誤納返還金を支払うものとする。

(過誤納返還金の額等)

第5条 過誤納返還金の額は、次に掲げる額の合計額とする。

- (1) 介護保険料過誤納金
- (2) 利息相当額

2 前項第2号の利息相当額は、介護保険料過誤納金の納付があった日の翌日から市長が過誤納返還金の支出を決定した日までの期間の日数に応じ、当該介護保険料過誤納金に地方税法（昭和25年法律第226号）第17条の4及び附則第3条の2に定める割合を乗じて得た額とする。ただし、当該額に100円未満の端数があるとき、又は当該額が1,000円未満であるときは、その端数金額又はその全額を切り捨てるものとする。

(支払の請求)

第6条 第4条に規定する過誤納返還金の支払の対象となる者（以下「支払対象者」という。）は、過誤納返還金の支払を受けようとするときは、鴨川市介護保険料過誤納返還金支払請求書兼口座振込依頼書（別記第1号様式）により、市長に請求するものとする。

(支払の決定及び通知)

第7条 市長は、前条の規定による請求があったときは、過誤納返還金の支払の可否を決

定し、鴨川市介護保険料過誤納返還金支払決定（却下）通知書（別記第2号様式）により、支払対象者に通知するものとする。

（過誤納返還金の支払）

第8条 市長は、前条の規定により過誤納返還金の支払を決定したときは、速やかに支払対象者に過誤納返還金を支払うものとする。

（その他）

第9条 この告示に定めるもののほか、過誤納返還金の支払に関し必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この告示は、公示の日から施行する。

別 記

第 1 号様式（第 6 条関係）

年 月 日

(宛て)

鴨川市長

請求者 住所
(ふりがな)
氏名

印

鴨川市介護保険料過誤納返還金支払請求書兼口座振込依頼書

鴨川市介護保険料過誤納返還金支払要綱第 6 条の規定に基づき、次のとおり請求します。

1 被保険者

| | | | | | |
|------------------|--------|---------------------------------|------|---|-----|
| 被 保 険 者 | フリガナ | <input type="checkbox"/> 請求者と同じ | | | |
| | 氏名 | | | | |
| | 現住所 | <input type="checkbox"/> 請求者と同じ | 〒 | | |
| | 被保険者番号 | | | | |
| | 性別 | | 生年月日 | 年 | 月 日 |

2 過誤納返還金請求額

| 内 訳 | 年度 | 過誤納返還金請求額内訳 (円) | | |
|-----------|----|------------------|--------------|----------------|
| | | 介護保険料過誤納金 (A) | 利息相当額 (B) | 計 (A) + (B) |
| | 年度 | 円 | 円 | 円 |
| 年度 | 円 | 円 | 円 | |
| 過誤納返還金請求額 | | | 円 | |

3 振込先口座

私が受領する過誤納返還金について、次の指定口座への振込みを依頼します。

| | | | | | | | | |
|-----------------------|-------|---------|--|--|--|------|--|--|
| 振 込 先 口 座 | 金融機関名 | 本店・支店 | | | | | | |
| | | 金融機関コード | | | | 支店番号 | | |
| | 預金種別 | 普通・当座 | | | | | | |
| | 口座番号 | | | | | | | |
| | フリガナ | | | | | | | |
| 口座名義人 | | | | | | | | |

※振込先口座の口座名義人が請求者本人と異なる場合は、委任状が必要です。

4 代理請求・受領【代理人が請求又は受領をする場合】

| | | |
|-----|---|---|
| 代理人 | フリガナ | |
| | 代理人氏名 | |
| | 請求者との関係 | |
| | 上記の者を代理人として認め、鴨川市介護保険料過誤納返還金の（請求・受領）を委任します。 | |
| | 請求者 住所 | |
| | 氏名 | ㊞ |

第2号様式（第7条関係）

第 号
年 月 日

様

鴨川市長



鴨川市介護保険料過誤納返還金支払決定（却下）通知書

年 月 日付けで請求のあった介護保険料過誤納返還金について、次のとおり決定（却下）したので、鴨川市介護保険料過誤納返還金支払要綱第7条の規定により通知します。

記

- 1 決定
支払決定額
- 2 却下
(理由)

円