

香芝市告示第192号

令和7年度香芝市健康保持増進給付金支給事業実施要綱を次のように定める。

令和7年9月26日

香芝市長 三 橋 和 史

令和7年度香芝市健康保持増進給付金支給事業実施要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、医療の高度化、少子高齢化等に伴う国民健康保険世帯の経済的負担の増加により、国民健康保険被保険者が健康の保持増進に係る適切な行動を取らず、健康リスクが高まることを防止する視点から、健康の保持増進に係る負担軽減を図る臨時的措置として香芝市国民健康保険被保険者に支給する健康保持増進給付金（以下「健康保持増進給付金」という。）について必要な事項を定めるものとする。

(支給対象者)

第2条 健康保持増進給付金の支給の対象となる者（以下「支給対象者」という。）は、次に掲げる要件の全てを満たす世帯の世帯主とする。

(1) 令和7年度当初賦課決定（令和7年度の香芝市国民健康保険料の賦課決定であって、令和7年6月中に行うものをいう。以下同じ。）の対象となった世帯

(2) 令和7年4月1日前に香芝市国民健康保険の資格を取得した者が属する世帯にあつては、令和6年4月1日から令和7年度当初賦課決定の日までの間において、香芝市国民健康保険料の納付実績がある世帯

(支給額)

第3条 健康保持増進給付金の額は、別表のとおりとする。ただし、その額が令和7年度の賦課保険料の額（令和7年度の香芝市国民健康保険料の賦課決定が複数回ある場合にあつては、当該決定に係る賦課保険料の額のうち最小のものとする。）を超えるときは、当該賦課保険料の額（1,000円未満の端数が生じたときは、これを切り捨てる。）とする。

(申請の方法)

第4条 健康保持増進給付金の支給を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、次の事項に同意をした上で、香芝市健康保持増進給付金申請書（別記様式）（以下「申請書」という。）を市長に提出しなければならない。

(1) 給付資格の確認に当たり、香芝市（以下「市」という。）が国民健康保険の資格及び賦課に関する情報を公簿等で確認すること。

(2) 第9条第2項の規定により申請が取り下げられたものとみなされる場合があること。

(3) 第10条の規定により既に支給された健康保持増進給付金の全部又は一部を返還する場合があること。

2 申請書の提出は、原則として郵送により行うものとする。

3 申請者は、申請書を提出するに当たり、公的身分証明書の写し等を市長に提出し、又は提示すること等により、申請者本人による申請であることを証するものとする。

4 既に香芝市健康保持増進給付金支給事業実施要綱（令和6年4月1日施行）の規定に基づく健康保持増進給付金の支給を受けた者（代理による申請により、世帯主以外の口座で支給を受けた者を除く。）に対するこの要綱の規定に基づく健康保持増進給付金の支給については、当該者に対し受給の意向を確認することにより、申請書による申請に代えることができる。

（代理による申請）

第5条 申請者に代わり、代理人として前条第1項の規定による申請を行うことができる者は、原則として次の各号のいずれかに該当する者に限る。

(1) 令和7年度当初賦課決定時点での申請者の属する世帯の世帯構成員

(2) 法定代理人（親権者、未成年後見人、成年後見人、代理権付与の審判がなされた保佐人及び代理権付与の審判がなされた補助人をいう。）

(3) 親族その他の平素から申請者本人の身の回りの世話をしている者等で市長が特に認めるもの

2 前項の代理人が健康保持増進給付金の支給の申請をするときは、申請書に加え、原則として委任状（申請書の委任欄への記載を含む。）を提出するものとする。この場合において、市長は、公的身分証明書の写し等の提出又は提示を求めること等により、代理人が当該代理人本人であることを確認するものとする。

3 市長は、代理人が第1項第1号の者にあつては市の住民基本台帳により、同項第2号又は第3号の者にあつては別に定める方法により、代理権を確認するものとする。

（提出期限）

第6条 申請書の提出期限は、令和8年2月27日とする。

（支給の決定）

第7条 市長は、第4条第1項の規定により申請書を受理したとき、又は同条第4項に規定する受給の意向を確認したときは、速やかに内容を確認の上、支給を決定し、当該支給対象者に対し健康保持増進給付金を支給するものとする。

2 健康保持増進給付金の支給は、申請書で指定された金融機関の口座に振り

込むことにより行うものとする。ただし、申請者が金融機関に口座を開設していない場合その他金融機関の口座への振込みによる支給が困難な場合は、窓口で現金を交付することにより行うことができる。

(支給等に関する周知)

第8条 市長は、健康保持増進給付金支給事業の実施に当たり、支給対象者の要件、申請の方法等の事業の概要について、印刷物の配布、広報紙への掲載その他の方法による市民への周知を行うものとする。

(申請が行われなかった場合等の取扱い)

第9条 市長が前条の周知を行ったにもかかわらず、支給対象者から第6条の提出期限までに第4条第1項の規定による申請が行われなかった場合は、支給対象者が健康保持増進給付金の支給を受けることを辞退したものとみなす。

2 申請書の不備による振込不能等の事由により振込みが完了せず、かつ、令和8年3月31日までに市が申請者又は代理人に連絡又は確認ができない場合には、申請が取り下げられたものとみなす。

(不当利得の返還)

第10条 市長は、健康保持増進給付金の額が変更になったことにより、既に支給した健康保持増進給付金の額に超過額が生じたとき、又は偽りその他不正の手段により健康保持増進給付金の支給を受けた者があるときは、既に支給した健康保持増進給付金の全部又は一部を返還させることができる。

(受給権の譲渡又は担保の禁止)

第11条 健康保持増進給付金の支給を受ける権利は、譲り渡し、又は担保に供してはならない。

(その他)

第12条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この要綱は、公布の日から施行する。

別表（第 3 条関係）

世帯の基礎控除後の総所得金額等	健康保持増進給付金の額
0円	1,000円
1円以上250,000円未満	2,000円
250,000円以上500,000円未満	2,000円
500,000円以上750,000円未満	3,000円
750,000円以上1,000,000円未満	4,000円
1,000,000円以上1,250,000円未満	5,000円
1,250,000円以上1,500,000円未満	6,000円
1,500,000円以上1,750,000円未満	6,000円
1,750,000円以上2,000,000円未満	7,000円
2,000,000円以上2,250,000円未満	7,000円
2,250,000円以上2,500,000円未満	8,000円
2,500,000円以上2,750,000円未満	9,000円
2,750,000円以上3,000,000円未満	9,000円
3,000,000円以上3,250,000円未満	10,000円
3,250,000円以上3,500,000円未満	11,000円
3,500,000円以上3,750,000円未満	12,000円
3,750,000円以上4,000,000円未満	12,000円
4,000,000円以上4,500,000円未満	13,000円
4,500,000円以上5,000,000円未満	14,000円
5,000,000円以上5,500,000円未満	15,000円
5,500,000円以上6,000,000円未満	16,000円
6,000,000円以上6,500,000円未満	14,000円
6,500,000円以上7,000,000円未満	12,000円
7,000,000円以上7,500,000円未満	12,000円
7,500,000円以上8,000,000円未満	9,000円
8,000,000円以上9,000,000円未満	7,000円
9,000,000円以上10,000,000円未満	7,000円
10,000,000円以上	7,000円

備考

- 1 基礎控除後の総所得金額等とは、国民健康保険法施行令（昭和 33 年政令第 362 号）第 29 条の 7 第 2 項第 4 号に規定する所得の金額をいう。
- 2 世帯の基礎控除後の総所得金額等は、令和 7 年度当初賦課決定時における金額とする。
- 3 所得の申告がない者の基礎控除後の総所得金額等は、0 円とみなす。

別記様式（第 4 条関係）

令和 7 年度香芝市健康保持増進給付金申請書

年 月 日

香芝市長

香芝市健康保持増進給付金について、次のとおり申請します。

1 申請者（世帯主）

現住所			
フリガナ		生年月日	年 月 日
氏名			
電話番号	— —		
次の事項に同意の上、チェックを入れてください。 ☐ 給付資格の確認に当たり、市が国民健康保険の資格及び賦課に関する情報を公簿等で確認すること。 ☐ 申請書の不備による振込不能等の事由により振込みが完了せず、かつ、令和 8 年 3 月 31 日までに市が申請者又は代理人に連絡又は確認ができない場合には、申請が取り下げられたものとみなされる場合があること。 ☐ 健康保持増進給付金の額が変更になったことにより、既に支給された健康保持増進給付金の額に超過額が生じたとき、又は偽りその他不正の手段により健康保持増進給付金の支給を受けたときは、既に支給された健康保持増進給付金の全部又は一部を返還する場合があること。			

☐ 代理による申請を行う方のみチェックを入れて、必要事項を記入してください。

現住所			
フリガナ		生年月日	年 月 日
氏名			
電話番号	— —	申請者との関係	☐ 同一世帯 ☐ 法定代理人 ☐ その他（ ）
上記の者を代理人と認め、健康保持増進給付金の ☐ 申請 ☐ 受給 ☐ 申請及び受給 を委任します。		世帯主 氏名	署名又は記名押印

2 健康保持増進給付金の額 金 円

3 受取方法（原則として口座振込みとなります。該当する事項にチェックを入れて、必要事項を記入してください。）

☐ 指定の金融機関口座（申請者（世帯主）又は代理人の口座に限ります。）への振込み

支払機関名	預金種別	口座番号						
銀行	支店	普通・当座・その他（ ）						
農協	店番	フリガナ						
信金		口座名義人						

☐ 窓口での受取