

## 申請にあたっての注意事項

介護保険3施設（介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院）やショートステイを利用されている方の居住費（滞在費）・食費は、ご本人による負担が原則ですが一定の要件を満たしている方については、居住費（滞在費）・食費の負担軽減を行っています。

※有料老人ホーム、グループホーム、サービス付き高齢者住宅、デイサービスは、軽減の対象になりません。

### 対象となる方

次の2つの要件を満たしている方が対象となります。

1. 本人と世帯全員（別世帯の配偶者を含む）が、令和6年度市町村民税非課税であること。
2. 本人の合計所得金額・年金収入額と本人・配偶者（別世帯含む）の預貯金等の合計額が下記の範囲であること。

利用者負担段階	本人の合計所得金額+年金収入額	本人・配偶者の預貯金等の額
第1段階	老齢福祉年金受給者 または生活保護受給者	単身 1,000万円以下 夫婦 2,000万円以下
第2段階	80万円以下の人	単身 650万円以下 夫婦 1,650万円以下
第3段階 ①	80万円超 120万円以下の人	単身 550万円以下 夫婦 1,550万円以下
第3段階 ②	120万円超の人	単身 500万円以下 夫婦 1,500万円以下

### 申請に必要な書類

1. 介護保険負担限度額認定申請書（押印不要です。）
2. 同意書（必ず押印してください。）
3. 本人と配偶者の預貯金等の資産の額が確認できる通帳等の全ての写し

必ず事前に記帳  
してから申請して  
ください。

預貯金等	申請に必要な書類
預貯金(普通・定期等)	通帳の写し ・金融機関名、支店名、口座番号、名義人がわかる見開きページ ・記帳し、申請日から直近2ヶ月の明細と最終残高がわかるページ ・年金の振込口座については、年金の最終振込がわかるページ ・ <u>総合口座通帳の場合、定期・定額・貯蓄・積立等の部分が、「ゼロ(なし)」の場合でも、その部分の写しが必要になります。</u>
有価証券 (株式・国債・地方債・社債など)	証券会社や銀行の口座残高の写し(ウェブサイトの写しも可)
投資信託	銀行、信託銀行、証券会社等の口座残高の写し(ウェブサイトの写しも可)
金・銀（積立購入を含む）など、 購入先の口座残高によって時価 評価額が容易に把握できる貴金属	購入先の銀行等の口座残高の写し(ウェブサイトの写しも可)
現金（タンス預金）	自己申告で確認
負債(借入金・住宅ローンなど)	借用証書、残高証明書等の写し ※預貯金額等から差し引きます。

4. 令和6年1月1日現在、住所が一関市または平泉町に住民票がない場合は、前住所地の非課税証明書を添付していただく場合があります。同一世帯の方および配偶者の方も同様です。

### 提出方法

窓口へ提出または郵送

※郵送での申請も可能です。窓口の混雑緩和にご協力をお願いいたします。

### 提出先

〈窓口〉 一関市長寿社会課・各支所市民福祉課、平泉町保健センター

〈郵送〉 一関地区広域行政組合 介護保険課 資格給付係 〒021-8501 岩手県一関市竹山町7番2号

## 介護保険負担限度額認定申請書

一関地区広域行政組合管理者 様

申請年月日 令和 年 月 日

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費(滞在費)に係る負担限度額認定を申請します。

フリガナ		保険者番号	<input type="checkbox"/> 032094 (一関市) <input type="checkbox"/> 034025 (平泉町)
被保険者氏名		被保険者番号	0 0 0
		個人番号	
生年月日	明・大・昭 年 月 日		
住 所	電話番号		
入所(院)した 介護保険施設の 所在地及び名称(※)	所在地(〒 - ) 名 称 電話番号		
入所(院)年月日 (※)	昭・平・令 年 月 日 (※)介護保険施設に入所(院)していない場合及びショートステイを利用している場合は、記入不要です。		

配偶者の有無	<input type="checkbox"/> 有(内縁を含む) <input type="checkbox"/> 無(死亡を含む) ※「無」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」については記入不要です。		
配偶者に関する事項	フリガナ	個人番号	
	氏 名	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
	住 所 (同居の場合は記入不要)		
	本年1月1日 現在の住所	(現住所と異なる場合) ※申請する日が1月から7月までの場合は、前年1月1日の住所を記入してください。	
課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税		

非課税年金について	受給の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	非課税年金の種類	<input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 障害年金
収入等に関する申告	<input type="checkbox"/> 生活保護受給者/市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者			
	<input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金収入額の合計額が年額80万円以下でかつ預貯金等の金額の合計が650万円以下(夫婦は1,650万円以下)			
	<input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金収入額の合計額が年額80万円を超え120万円以下でかつ預貯金等の金額の合計が550万円以下(夫婦は1,550万円以下)			
	<input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金収入額の合計額が年額120万円を超えかつ預貯金等の金額の合計が500万円以下(夫婦は1,500万円以下)			
本人及び配偶者の預貯金等に関する申告	預貯金額(定期預金等を含む) 円	有価証券等(評価概算額) 円	その他(現金・負債) 円	

※被保険者以外の方が申請する場合には、下記について記入してください。

申請者氏名		本人との関係	
申請者住所	(事業所が提出する場合、事業所名及び所在地)	日中の連絡先	

- 注意事項(1) この申請書における「配偶者」については、世帯分離をしている配偶者又は内縁関係の者を含みます。  
(2) 遺族年金には、寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。  
(3) 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数保有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写し(銀行名・支店名・名義・申請日から2ヶ月以内の最終残高が分かる部分)を添付してください。  
(4) 書ききれない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入のうえ添付してください。  
(5) 虚偽の申告により不正に特定入所者介護サービス費等の支給を受けた場合には、介護保険法第22条第1項の規定に基づき、支給された額及び最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。

※裏面の同意書も記入し、押印してください。

## 同意書

一関地区広域行政組合管理者 様

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、官公署、年金保険者又は銀行、信託会社その他の関係機関(以下「銀行等」という。)に私及び配偶者(内縁関係の者を含む。以下同じ。)の課税状況及び保有する預貯金並びに有価証券等の残高について、報告を求めることに同意します。

また、貴組合管理者の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

令和 年 月 日

〈本人〉

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

〈配偶者〉

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

一関地区広域行政組合記入欄

		令和 年度		結果	
交付年月日	世帯課税	<input type="checkbox"/> 非課税世帯	<input type="checkbox"/> 課税世帯	<input type="checkbox"/> 該当 1・2・3①・3② 段階 [ ] <input type="checkbox"/> 非該当 ・本人課税 ・世帯員課税 [ ] ・別居配偶者課税 ・資産一定額以上	
令和 年 月 日	配偶者	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無		
適用年月日	資産要件	<input type="checkbox"/> 一定額以下	<input type="checkbox"/> 一定額以上 [ 円]		
令和 年 月 日	生活保護	<input type="checkbox"/> 有 [ ]	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 非該当 ・本人課税 ・世帯員課税 [ ] ・別居配偶者課税 ・資産一定額以上	
有効期限	老齢福祉年金	<input type="checkbox"/> 有 [ ]	<input type="checkbox"/> 無		
令和 年 月 日	給付制限	<input type="checkbox"/> 有 [ ]	<input type="checkbox"/> 無		
令和 年 月 日	境界層措置	<input type="checkbox"/> 有 [ ]	<input type="checkbox"/> 無		
令和 年 月 日	要介護度	要介護 1 2 3 4 5	要支援 1 2		

受付	入力	確認
長・花・大・千・東・室・川・藤 平・広・( )	/	/

## 介護保険負担限度額認定申請書

一関地区広域行政組合管理者 様

申請年月日 令和 6 年 8 月 1 日

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費(滞在費)に係る負担限度額認定を申請します。

フリガナ	イチノセキ タロウ	保険者番号	<input checked="" type="checkbox"/> 032094 (一関市) <input type="checkbox"/> 034025 (平泉町)
被保険者氏名	一関 太郎	被保険者番号	0 0 0 1 2 3 4 5 6 7
		個人番号	8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8
生年月日	明・大・昭 10 年 4 月 1 日	個人番号不明の場合は記入不要	
住所	一関市竹山町〇-〇	住民登録地の住所を記入してください。電話番号 0191-31-XXXX	
入所(院)した 介護保険施設の 所在地及び名称(※)	所在地(〒 021 - 0031) 一関市青葉〇-〇-〇	入所(院)の場合、記入してください。	
	名称 介護老人保健施設 〇〇〇〇〇	電話番号 0191-32-XXXX	
入所(院)年月日 (※)	昭・平・令 5 年 8 月 1 日	(※)介護保険施設に入所(院)していない場合及びショートステイを利用している場合は、記入不要です。	

配偶者の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有(内縁を含む) <input type="checkbox"/> 無(死亡を含む) ※「無」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」については記入不要です。			
配偶者に関する事項	フリガナ	イチノセキ ハナコ	個人番号	9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9
	氏名	一関 花子	生年月日	明・大・昭・平 11 年 4 月 1 日
	住所 (同居の場合は記入不要)	一関市山目字前田〇-〇		
	本年1月1日現在の住所	(現住所と異なる場合) ※申請する日が1月から7月までの場合は、前年1月1日の住所を記入してください。		
	課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税		

非課税年金について	受給の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	非課税年金の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 障害年金
収入等に関する申告	<input type="checkbox"/> 生活保護受給者/市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者			
	<input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金収入額の合計額が年額 80 万円以下でかつ 預貯金等の金額の合計が 650 万円以下(夫婦は 1,650 万円以下)			
	<input checked="" type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金収入額の合計額が年額 80 万円を超え 120 万円以下でかつ 預貯金等の金額の合計が 550 万円以下(夫婦は 1,550 万円以下)			
	<input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金収入額の合計額が年額 120 万円を超えかつ 預貯金等の金額の合計が 500 万円以下(夫婦は 1,500 万円以下)			
本人及び配偶者の預貯金等に関する申告	預貯金額(定期預金等を含む)	1,234,567 円	有価証券等(評価概算額)	500,000 円
			その他(現金・負債)	現金 100,000 円

※被保険者以外の方が申請する場合には、下記について記入してください。

申請者氏名	一関 次郎	・ 配偶者がいる場合は、夫婦合計額を記入してください。 ・ 記入額を確認できる書類等を添付してください。 ・ 記入欄に書ききれない場合は、別紙に記入のうえ、添付してください。
申請者住所	(事業所が提出する場合、事業所名及び所在地) 一関市東山町長坂字西本町〇-〇	

- 注意事項(1) この申請書における「配偶者」については、世帯分離をしている配偶者又は内縁関係の者を含みます。
- (2) 遺族年金には、寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。
- (3) 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数保有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写し(銀行名・支店名・名義・申請日から2ヶ月以内の最終残高が分かる部分)を添付してください。
- (4) 書ききれない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入のうえ添付してください。
- (5) 虚偽の申告により不正に特定入所者介護サービス費等の支給を受けた場合には、介護保険法第 22 条第 1 項の規定に基づき、支給された額及び最大 2 倍の加算金を返還していただくことがあります。

※裏面の同意書も記入し、押印してください。

# 同意書

一関地区広域行政組合管理者 様

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、官公署、年金保険者又は銀行、信託会社その他の関係機関(以下「銀行等」という。)に私及び配偶者(内縁関係の者を含む。以下同じ。)の課税状況及び保有する預貯金並びに有価証券等の残高について、報告を求めることに同意します。

また、貴組合管理者の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

令和 6 年 8 月 1 日

〈本人〉

住所 一関市竹山町〇-〇

氏名 一関 太郎



〈配偶者〉

住所 一関市山目字前田〇-〇

氏名 一関 花子



一関地区広域行政組合記入欄

令和 年度		結果
交付年月日	<input type="checkbox"/> 世帯課税 <input type="checkbox"/> 非課税世帯 <input type="checkbox"/> 課税世帯	<input type="checkbox"/> 該当
令和 4 年 4 月 1 日	<b>記入不要</b>	3 段階
適用年月		]
令和 4 年 4 月 1 日		]
有効期限		課税以上
令和 4 年 4 月 1 日		
長・花 平・広		