

一宮町介護保険条例施行規則の一部を改正する規則をここに公布する。

令和 7 年 2 月 17 日

一宮町長

馬淵 昌也



## 一宮町規則第 2 号

一宮町介護保険条例施行規則の一部を改正する規則

一宮町介護保険条例施行規則（平成25年一宮町規則第16号）の一部を次のように改正する。

別記第12号様式、別記第13号様式、別記第42号様式、別記第45号様式及び別記第54号様式を別紙のとおり改める。

附 則

（施行期日）

この規則は、令和7年4月1日から施行する。ただし、この規則による改正後の別記第12号様式及び別記第13号様式の規定は令和6年4月1日から適用し、別記第42号様式、別記第45号様式の規定は令和7年8月1日から適用する。

（経過措置）

別記第42号様式、別記第45号様式及び別記第54号様式においては、令和7年度以後の年度分の介護保険等に係る基準額で適用し、令和6年度以前の年度分の介護保険等に係る基

準については、なお、従前の例による。





介護保険 負担限度額認定申請書

年 月 日

一宮町長 様

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。

		介護保険法施行規則第83条の5第 号に係る申請									
フリガナ		被保険者番号									
被保険者氏名		個人番号									
生年月日											
住 所	連絡先										
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	連絡先										
入所(院)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	有 ・ 無		左記において「無」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」については、記載不要です。								
配偶者に関する事項	フリガナ										
	氏 名										
	生年月日	年	月	日	個人番号						
	住 所	連絡先									
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)										
課税状況	市町村民税		課税 ・ 非課税								

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	①生活保護受給者／②市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者										受給している全ての年金の保険者に○をして下さい 日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済
	<input type="checkbox"/>	③市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80.9万円以下です。(受給している年金に○して下さい。以下同じ。) ※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。以下同じ。										
	<input type="checkbox"/>	④市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80.9万円を超え、120万円以下です。										
	<input type="checkbox"/>	⑤市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額120万円を超えます。										
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1000万円(夫婦は2000万円)、③の方は650万円(同1650万円)、④の方は550万円(同1550万円)、⑤の方は500万円(同1500万円)以下です。 ※第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合、③～⑤の方は1000万円(夫婦は2000万円)以下です。										( ) ※ 円 ※内容を記入して下さい
	預貯金額	円	有価証券 (評価概算額)	円	その他 (現金・負債を含む)							

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

申請者氏名	連絡先(自宅・勤務先)
申請者住所	本人との関係

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) 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、通帳等の写しを添付してください。
- (3) 書き切れない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付してください。
- (4) 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。

## 同意書

一宮町長 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。）に私及び私の配偶者（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、一宮町長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び私の配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

年 月 日

<本人>

住所

氏名

<配偶者>

住所

氏名

( )



別記第54号様式(第38条第1項関係)

令和 年度 介護保険 保険料決定(納入)通知書

千葉県一宮町

介護保険の保険料は、次のとおりです。  
納期限までに納めてください。

1  
枚  
目

印

被保険者番号	通知書番号

お問い合わせはこの番号で

納付していただく金額	円
------------	---

年間保険料①+② (特別徴収額+普通徴収額)	円
---------------------------	---

特別徴収額合計①	円
----------	---

普通徴収額合計②	円
----------	---

納入通知書在中  
一宮町役場 福祉健康課  
〒299-4396 千葉県長生郡一宮町一宮2457  
電話 (0475)42-1431(直通)

○普通徴収額の内訳

期別	納期限					
		円	円	円	円	円
		円	円	円	円	円
		円	円	円	円	円

期別	納期限					普通徴収額
		円	円	円	円	
		円	円	円	円	
		円	円	円	円	円

○特別徴収額合計の内訳(年金受給額から天引きされる額)

仮徴収	徴収月	保険料額			
		円	円	円	
本徴収	徴収月				特別徴収額
	保険料額	円	円	円	

※ 令和 年度仮徴収額(令和 年4月・6月・8月)につきましては、原則として令和 年2月の特別徴収額と同額になります。  
なお、年金からの天引き額を平準化するため、8月分で調整させていただくことがあります。

【特別徴収義務者】

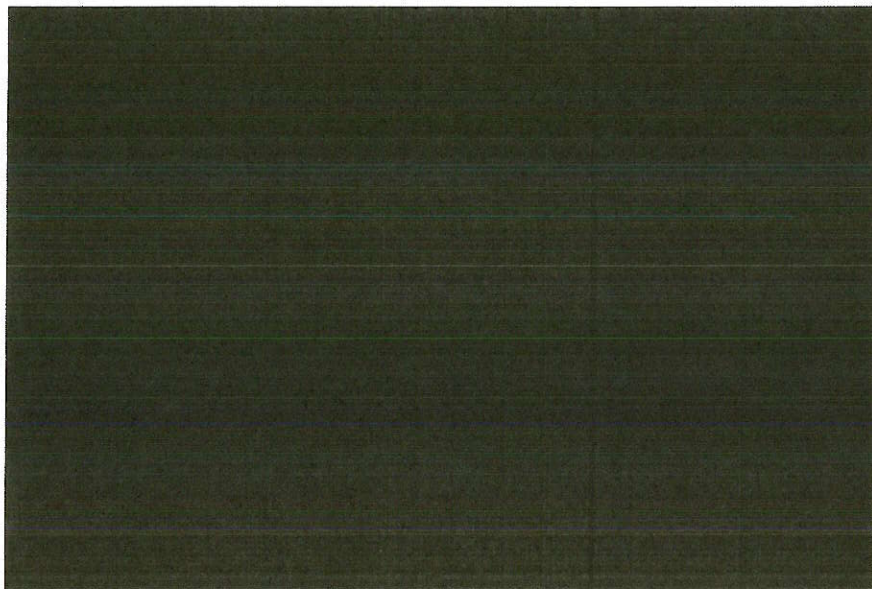
【特別徴収対象年金】

より、特別徴収(年金天引)されます。



領収証書貼付欄  
(領収証書は大切に保管してください)

領収証書を貼り付けて保管してください				
随 時 期	第 7 期	第 5 期	第 3 期	第 1 期
	第 8 期	第 6 期	第 4 期	第 2 期



介護保険料の賦課の根拠その他について

この介護保険料は、介護保険法第129条、第131条、第139条第1項及び一宮町介護保険条例第2条、第3条、第4条に定めるところにより第1号被保険者(65歳以上の者)に対して賦課されます。

1. 年間保険料

保険料の額は、所得状況等に応じて第1段階から第13段階までの13段階に分かれます。なお、税制改正により保険料段階が上がった人は、保険料率で緩和措置がとられます。

2. 連帯納付義務

第1号被保険者の属する世帯の世帯主、及び第1号被保険者の配偶者は保険料を連帯して納付する義務があります。

3. 延滞金の徴収及び納期限までに納付されなかった場合における措置

この保険料を納期限までに納付されなかったときは、納期限の翌日から納付の日までの期間に応じ、一宮町介護保険条例の定めるところによって延滞金が徴収されます。

納期限までにこの保険料を完納しないと、保険給付の支払方法の変更、支払いの一時差止、給付額の減額等の処分を受ける事になります。

4. 審査請求

この決定について不服があるときは、この通知を受け取った日の翌日から起算して3ヶ月以内に千葉県介護保険審査会に対し、審査請求をすることができます。

この決定の取消しの訴えは、上記の審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6ヶ月以内に、町を被告として、提起することができます。

なお、この決定の取消しの訴えは、上記の審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起することができませんが、次の①から③までのいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで、この決定の取消しの訴えを提起することができます。①審査請求があった日から3ヶ月を経過しても裁決がないとき。②この決定、この決定の執行又は手続きの続行により生ずる著しい損害を避けるための緊急の必要があるとき。③その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

千葉県介護保険審査会  
〒260-8667  
千葉県千葉市中央区市場町1-1  
TEL 043-223-2446

お問い合わせ先 一宮町役場 福祉健康課  
〒299-4396  
千葉県長生郡一宮町一宮2457番地  
0475(42)1431(直通)

## ○介護保険料の明細

被保険者番号	通知書番号	納付義務者	様
--------	-------	-------	---

所得段階	年間保険料額 ①	円
------	----------	---

対象期間	月数	所得段階	所得段階別保険料額	月割保険料額
			円	円
			円	円
			円	円

区分	保険料額	備考
② 特別徴収	円	年間保険料額①の内、年金支払額から天引きされる金額。
③ 普通徴収	円	年間保険料額①の内、納入通知書で納めていただく金額。

※年度途中で、資格取得・喪失及び所得段階に変更がある場合は、月割りによって計算された保険料額の合計が年間保険料額となります。

## 令和 年度保険料額表(年額)

区分	対象者	保険料額
第1段階	・生活保護受給者 ・高齢福祉年金受給者で、世帯全員が住民税非課税の方 ・世帯全員が住民税非課税で、前年の〔合計所得金額+課税年金収入額〕が80.9万円以下の方	16,560円
第2段階	・世帯全員が住民税非課税で、前年の〔合計所得金額+課税年金収入額〕が、80.9万円超120万円以下の方	28,200円
第3段階	・世帯全員が住民税非課税で、前年の〔合計所得金額+課税年金収入額〕が、120万円超の方	39,840円
第4段階	・世帯に住民税課税者がいるが、本人は住民税非課税で、前年の〔合計所得金額+課税年金収入額〕が、80.9万円以下の方	52,440円
第5段階	・世帯に住民税課税者がいるが、本人は住民税非課税で、前年の〔合計所得金額+課税年金収入額〕が、80.9万円超の方	58,200円
第6段階	・本人が住民税課税で、前年の合計所得金額が、120万円未満の方	69,840円
第7段階	・本人が住民税課税で、前年の合計所得金額が、120万円以上210万円未満の方	75,720円
第8段階	・本人が住民税課税で、前年の合計所得金額が、210万円以上320万円未満の方	87,360円
第9段階	・本人が町民税課税で、前年の合計所得金額が320万円以上420万円未満の方	99,000円
第10段階	・本人が町民税課税で、前年の合計所得金額が420万円以上520万円未満の方	110,640円
第11段階	・本人が町民税課税で、前年の合計所得金額が520万円以上620万円未満の方	122,280円
第12段階	・本人が町民税課税で、前年の合計所得金額が620万円以上720万円未満の方	133,920円
第13段階	・本人が町民税課税で、前年の合計所得金額が720万円以上の方	139,680円

