

介護保険負担限度額認定（特例減額措置）資産等申告書

令和 年 月 日

刈谷市長

住 所

氏 名

私の世帯の資産等は、次のとおり相違ありません。相違があった場合には、申告した内容に基づいて行われる負担限度額認定を取り消されても異議を申し立てません。

なお、私及び私の属する世帯員の所得状況等を課税台帳等により調査・確認されることに同意します。

氏 名（続柄）		続柄	続柄
住 所		☐ 申告者と同じ	☐ 申告者と同じ
資 産	預貯金 （定期預貯金含む。）	金融機関名（ ） 残高 円 定期 円	金融機関名（ ） 残高 円 定期 円
		金融機関名（ ） 残高 円 定期 円	金融機関名（ ） 残高 円 定期 円
		金融機関名（ ） 残高 円 定期 円	金融機関名（ ） 残高 円 定期 円
	現金	円	円
	その他 （有価証券など）	無 ・ 有 種類（ ） 価額 円	無 ・ 有 種類（ ） 価額 円
	預貯金等計	円	円
	居住用以外の土地 又は家屋	無 ・ 有 種別・場所（ ）	無 ・ 有 種別・場所（ ）
収入を補うために 換金できる資産	無 ・ 有 （ ）	無 ・ 有 （ ）	
介護保険料の滞納 （40～64 歳の方は健康保険料）		無 ・ 有	無 ・ 有
施設利用料 （1 年間の見込額）		利用者負担額（ 円）× 365 日 +（ 円）× 12 月 = 円 〔 居住費（ 円）+ 食費（ 円）〕 × 365 日 = 円	

※この申告における「世帯」には、本人と別世帯の配偶者や内縁関係の人も含みます。また、施設入所に伴い、世帯分離した場合は、分離前の世帯の状況によります。

※施設利用料がわかる契約書等の写しと世帯全員の預貯金等の証拠書類の写しを添付してください。

※預貯金等には、現金のほか、有価証券、投資信託も含みます。通帳（残高その他申告内容が確認できる部分）の写しを添付してください。

市 記 入 欄	☐ 世帯 2 人以上（ ☐ 住民票 ☐ 分離前 ☐ 別世帯配偶者）		☐ 第 4 段階で施設入所（ ☐ 予定）	
	☐ 世帯の預貯金等の合計額（ 円） ≤ 450 万円		☐ 世帯全員が活用資産なし	
	☐ 世帯全員が介護保険料（ ☐ 40～64 歳の場合は健康保険料）滞納なし			
	☐ B－C＋D（ 円） ≤ 80.9 万円…（A）			
	世帯の「課税年金収入額＋合計所得金額－年金所得」の合計額		=	円…（B）
	施設利用料の年間見込額（利用者負担額＋居住費＋食費）		=	円…（C）
高額介護サービス費の年間見込額		=	円…（D）	
居住費タイプ（ 円）－負担限度額（ 円）		=	円…（E）	
食 費（ 円）－負担限度額（ 円）		=	円…（F）	
（E）（F）で値が低い方の負担限度額から適用→なお（A）に該当の場合は他方を適用→なお（A）に該当する場合は両方を適用			☐ 居住費のみ ☐ 食費のみ ☐ 両方	