**介護保険高額介護サービス費支給に係る自己負担上限額確認書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ﾌ ﾘ ｶﾞ ﾅ  被保険者  氏名 |  | 保険者番号 | 苫小牧市 | | | | | | | | 0 | | 1 | | 2 | | 1 | | 3 | | 8 | |
|  |
| 被保険者番号 | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 個人番号 |  |  | |  | |  | |  | |  |  |  | |  | |  | |  | |  |
| 生年月日 | 明・大・昭　　　　年　　　　月　　　　日　生 | | 性　　別 | | | | | | | | 男　・　女 | | | | | | | | | | | |
| 住　　　所 | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 苫小牧市長　様  上記のとおり、高額介護サービス費の支給に係る自己負担上限額を照会します。  また、この照会に関しての手続等については下記施設に委任するとともに、保険者が必要とするときは、保険者が私と私の属する世帯の世帯主及び世帯員の所得状況等について調査することに同意し､世帯構成の変更や税更正があるときは速やかに施設に申し出ます。  令和　　年　　月　　日  　　　　　 住所  施設入所者  　　　 　　氏名  所在地  入所施設  名称  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※回答欄（苫小牧市記入） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記照会に係わる高額介護サービス費の自己負担上限額は次のとおりです。  令和 年 月 １日現在  ・140,100円（利用者負担第７段階）  ・93,000円（利用者負担第６段階）  ・44,400円（利用者負担第４段階及び第５段階）  ・24,600円（利用者負担第３段階）  ・15,000円（利用者負担第１段階及び第２段階）  令和 年 月 日　　　　　　　　　　　　　　　苫小牧市介護福祉課長 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |