

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

フリガナ 被 保 険 者 氏 名		保 険 者 番 号	苦小牧市	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								
苦小牧市長 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、この照会に関する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									
施設入所者 住所 氏名									
入所施設 所在地 名称 電話番号									

※回答欄（苦小牧市記入）

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 苦小牧市介護福祉課長