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		保険者番号	白老町	0	1	5	7	8	4
被保険者氏名		被保険者番号							
生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日生	性　　別	男　・　女						
住　　所									

白老町長　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額上限額を照会します。
また、この照会に関しての手続きなど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などについて、調査することに同意します。

年　　月　　日

施設入所者　　住　所
氏　名　　㊞

入所施設　　所在地
名　称

※　回答欄（白老町記入）

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。

1.　15，000円　　（生活保護受給者等）
2.　15，000円　　（町民税世帯非課税者であって、課税年金収入額及び合計所得金額の合計が≦80万円）
3.　24，600円　　（町民税世帯非課税者であって、2に該当しない）
4－①.　44，400円　（市区町村民税課税世帯の方、課税所得380万円未満）
4－②.　93，000円　（市区町村民税課税世帯の方、課税所得380万円以上690万円未満）
4－③.　140，100円　（市区町村民税課税世帯の方、課税所得690万円以上）

年　月　日

白老町長　戸　田　安　彦

課長	GL	主査	係	合議

高齢者介護課　介護保険グループ　0144-82-5541