（様式２）

苦　情　申　立　書

申立書作成日：　　年　　月　　日

富山県国民健康保険団体連合会
　介護サービス苦情処理委員会委員長　　殿

１．申立人（この申立書を書いた人）

(ﾌﾘｶﾞﾅ) 氏　　名	年齢　　歳	電話番号	(　　)
		E-mail	
住　　所	〒		

※　電話番号は、日中連絡のできる電話を記入してください。

２．利用当事者（被保険者または受給者）

(ﾌﾘｶﾞﾅ) 氏　　名	年齢　　歳 (男・女)	生年月日	年　　月　　日
		電話番号	(　　)
住　　所	〒	要介護度	要支援　１・２ 要介護　１・２・３・４・５
被保険者番号		受給者番号	

※　申立人が利用当事者の場合、氏名・住所・電話番号の記入は不要です。
　　被保険者番号や受給者番号がわからなければ、記入は不要です。

下記のとおり介護サービスの提供に関する苦情を申し立てます。
なお、本件に係る指導・助言内容を用いて訴訟等には使用いたしません。

記

苦情にかかる事実のあった日	年　　月　　日　～　　年　　月　　日		
事業者名 電話番号	(　　)	サービスの種類	
(申立趣旨)			