苦 情 申 立 書

申立書作成日：平成　　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　様

1．この申立書を書いた人（申立人）

(ﾌﾘｶﾞﾅ) 氏　名	年齢　　歳	電話番号	(　　)
		E-mail	
住　所	〒		
被保険者又は 受給者との関係	1. 本人　2. 配偶者　3. 子　4. 兄弟　5. 姉妹　6. 親　7. 他の家族 8. 友人等　9. ｹｱﾏﾈｼﾞｬｰ　10. 民生委員　11. 主治医　12. ｻｰﾋﾞｽ事業者 13. その他（　　）　※いずれかに○		

2．不適切なサービスを受けた人（被保険者又は受給者）

(ﾌﾘｶﾞﾅ) 氏　名	年齢　　歳 (男・女)	生年月日 電話番号	明･大･昭　年　月　日 (　　)
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	

※ 申立人ご本人の場合は、氏名・住所・電話番号は記入不要。
被保険者番号や受給者番号がわからなければ、記入しなくても結構です。

下記のとおり介護サービスの適用に関する苦情を申し立てます。

記

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

※本件に係る指導・助言内容については裁判や訴訟には用いません。