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 | | 生年月日 | 年　　月　　日 | |
| （男・女） | | 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） | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |