

# 介護サービス苦情申立書

申立書作成日：平成 年 月 日

愛媛県国民健康保険団体連合会理事長 殿

## 1. この申立書を書いた人（申立人）

（フリガナ） 氏名	（男・女） 年齢 歳	電話 番号	
住所	〒		
被保険者 との関係 <small>※いずれかに○</small>	1. 本人      2. 配偶者      3. 親子      4. 兄弟      5. 嫁 6. 他の家族      7. 友人等      8. ケアマネージャー      9. 民生委員 10. 主治医      11. サービス事業者      12. その他（      ）		

## 2. 被害を受けた人（被保険者） ※申立人ご本人の場合は、氏名・電話番号・住所は、記入不要。

（フリガナ） 氏名	（男・女）	生年 月日	明・大・昭 月 日（      才）
住所	〒		
被保険者番号		電話 番号	

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
申立趣旨	
-----	
-----	
-----	
-----	
-----	
-----	
-----	
-----	
-----	
-----	
-----	
-----	
-----	
-----	
-----	
-----	

※本件に関する指導・助言の内容を裁判や訴訟には用いません。

事務局使用欄：

- 経路： \_\_\_\_\_ ● 事前相談： 有/無      ● 添付資料： 有/無
- 代筆： 有（口頭、電話、手紙、Fax、E-mail） / 無