【様式1】

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）

(ﾌﾘｶﾞﾅ) 氏　名	（男・女） 年齢　　歳	電話 番号	
住　所	〒		
被保険者 との関係 ※いずれかに○	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。

(ﾌﾘｶﾞﾅ) 氏　名	（男・女）	生年 月日	明・大・昭　　年 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