【様式１】

介護サービス苦情申立書

申立書作成日：＿＿＿＿＿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．他の家族 6．友人等　7．ケアマネージャー　8．民生委員　9．主治医 10．サービス事業者　１１．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	年　月　日　～　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