

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)

(フリガナ) 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. ケアマネジャー 10. 民生委員 11. 主治医 12. サービス事業者 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)

(フリガナ) 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。