

【様式2-1】

苦情申立書

申立書提出日：_____年__月__日

広島県国民健康保険団体連合会理事長 様

1 申立てをする人

フリガナ 氏名	年齢 歳 (男・女) ^①	電話番号	
住所	〒		
当事者との 関係	1.本人 2.配偶者 3.親 4.子 5.兄弟姉妹 6.子の配偶者 7.その他 () ※いずれかに○		

2 不適切なサービスを受けた人 (要介護者等)

フリガナ 氏名	(男・女)	生年月日	明・大・昭 年 月 日
		電話番号	
住所	〒		
被保険者番号		要介護度	

※ 申立人ご本人の場合は、氏名・電話番号・住所は、記入不要。
被保険者番号がわからなければ、記入しなくても結構です。

次のとおり介護サービスの適用に関する苦情を申立てます。

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			
別紙「苦情申立の理由」のとおり			

※ 本件に係る指導・助言の内容は、裁判や訴訟には用いません。

留意事項

- この苦情申立の内容及び処理結果等は、管轄の県及び市町に情報提供する場合があります。
- この苦情申立の内容及び処理結果等は、個人情報特定できない加工をしたうえで、事例集等に掲載する場合があります。

(別 紙)

苦 情 申 立 の 理 由

1. 申立の理由

(苦情の基礎となる事実)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

(不満に思う点)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

2. 申立ての趣旨

以上の点を踏まえて

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

年 月 日

苦情申立人 住所 _____

氏名 _____ 印