# 苦　情　申　立　書

作成日：令和　　年　　月　　日

高知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会長　様

1. この申立書を書いた人（申立人）

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| （フリガナ）<br>氏　　名 | 印 | 年齢<br>歳 | 電話番号 | |
| 住　　所 | 〒 | | | |
| 被保険者又は受給者との関係<br>※いずれかに○ | 1. 本人　2. 配偶者　3. 子　4. 兄弟姉妹　5. 親　6. 他の家族　7. 友人<br>8. ケアマネジャー　9. 民生委員　10. 主治医　11. サービス業者<br>12. その他（　　） | | | |

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）<br>氏　　名 | | 生年月日 | 明・大・昭<br>年　月　日 | 電話番号 | |
| 住　　所 | 〒 | | | | |
| 被保険者番号 | | 受給者番号 | | | |

※申立人がご本人の場合は、氏名・電話番号・住所は、記入不要。被保険者番号や受給者番号がわからない場合は、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 | 令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日 | | |
| 事業者名 | | 電話番号 | |
| 申立趣旨 | | | |

※本件に係る指導・助言の内容を裁判や訴訟には用いません。