苦 情 申 立 書

作成日：平成　　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　殿

１．この申立書を書いた人（申立人）

(ﾌﾘｶﾞﾅ) 氏　名	印	年　齢 歳	電話番号	
住　所	〒			
被保険者または受給者との関係 ※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. 友人等 8. ｹｱﾏﾈｰｼﾞｬｰ　9. 民生委員　10. 主治医　11. サービス事業者 12. その他（　　）			

２．不適切なサービスを受けた人（被保険者または受給者）

(ﾌﾘｶﾞﾅ) 氏　名		生年月日	明・大・昭 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、記入不要です。
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	平成　年　月　日　～　平成　年　月　日		
事業者名		電話番号	
申立趣旨			

※本件に係る指導・助言の内容を裁判や訴訟には用いません。