

苦 情 申 立 書

申立書作成日：令和 年 月 日

山形県国民健康保険団体連合会
介護サービス苦情処理委員長 殿

1. この申立書を書いた人 (申立人)

(フリガナ) 氏 名		電話番号 生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
住 所	〒		
連絡先		電話番号	
被保険者又は受 給者との関係	1. 本人 2. 配偶者 3. 親子 4. 兄弟 5. 他の家族 6. 友人等 7. 居宅介護支援事業者 () 8. 民生委員 9. 主治医 10. サービス事業者 () 11. その他 () ※いずれかに○		

2. サービスを利用した人 (被保険者又は受給者)

(フリガナ) 氏 名		電話番号 生年月日	明・大・昭 年 月 日
住 所	〒		
被保険者番号		※ 申立人ご本人の場合は、氏名・電話番号・生 年月日・住所は、記入不要。	

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、貴職が行う調査等についても同意します。

記

苦情にかかる事実のあった日	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日		
苦情を申し立てる事業者名		苦情を申し立てるサービス	
所在地		電話番号	
申立趣旨 (簡潔にご記入下さい。もし紙面が不足のときは、任意にA4版の用紙を追加しても結構です。)			

※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。

受付番号 _____