

**様式第2号(第7条関係)**

**苦 情 申 立 書**

申立作成日： 年 月 日

香川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)

(フリガナ) 氏 名	年齢 歳	電話番号	
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.兄弟姉妹 5.親 6.他の家族 7.友人等 8.ケアマネジャー 9.民生委員 10.主治医 11.サービス事業者 12.その他 ( ) *いずれかに○印を付けてください		

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	電話番号	
	生年月日	年 月 日
住 所	〒	
被 保 険 者 番 号	受 給 者 番 号	

- \* 申立人ご本人の場合は、氏名・電話番号・住所の記入は不要です。
- \* 被保険者番号や受給者番号が分からなければ、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

苦情に係る事実のあった日	年 月 日 ~ 年 月 日
事業者	事業者名
	電話番号
	所在地
申立趣旨:	

**\*この苦情申立に係る指導・助言の内容を裁判や訴訟には用いません。**

事務局使用欄

事業所番号	県番号	市町番号	
経 路： 持参・配達・その他		受理日：	年 月 日
添付書類： 有・無		受理番号：	
事前相談： 有・無		担当者	

