様式第1号

**苦　情　申　立　書**

申立書作成日：令和　　年　　月　　日

栃木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委員　様

１．この申立書を書いた人（申立人）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| (ﾌﾘｶﾞﾅ)氏　名 | (男・女)年齢　　歳 | 電話番号 |  |
| 住　所 | 〒 |
| 利用者との関係 | 1.本人　2.配偶者　3.親子　4.兄弟姉妹　5.他の家族　6.友人等7.ケアマネージャー　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．被害を受けた人（利用者）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| (ﾌﾘｶﾞﾅ)氏　名 | (男・女)年齢　　歳 | 生年月日 | 明･大･昭・平 　年　月　日 |
| 住　所 | 〒 |
| 電話番号 |  | 要介護度 |  |
| 保険者名(市町名) |  | 被保険者番号 |  |

※ 申立人ご本人の場合は、氏名・住所・電話番号は、記入不要です。

保険者名、被保険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。

なお、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。

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 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

事務局使用欄

　　・経路：　　　　　　　・事前相談：有／無　　・担当委員：　　　　　　　　・添付資料：有／無

　　・代筆：有（口頭、電話、手紙、Ｆax、E-mail）／無

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **事業者コード** | **県コード** | **市町村コード** | **区コード** | **県　　年　月　　日　　受付番号** |

|  |
| --- |
| 申立趣旨(別紙) |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |