

【様式第2号】

苦 情 申 立 書

年 月 日

静岡県国民健康保険団体連合会理事長 様

1 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 親子 4 兄弟 5 他の家族 6 友人等 7 ケアマネジャー 8 民生委員 9 主治医 10 サービス事業者 11 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) 氏 名	明・大・昭 年 月 生	電話番号	
住 所	〒 -		
被保険者番号		受給者番号	

*申立人と同一であれば記入の必要はありません。
被保険者番号や受給者番号がわからなければ、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
事業者名		電話番号
苦情申立てに係るサービス		
申立趣旨	----- ----- ----- ----- -----	
備 考		

*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。