

(様式2)

苦 情 申 立 書

申立書作成日： 年 月 日

様

1. 申立人

(フリガナ) 氏名		生年月日	
住所	〒	TEL	
当事者 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.ケアマネージャー 8.民生委員 9.サービス事業者 10.その他 ()		

2. 当事者 (被保険者又は受給者)

(フリガナ) 氏名		生年月日	
住所	〒	TEL	
被保険者番号		受給者番号	

*申立者本人の場合は、氏名・電話番号・住所は記入不要
被保険者番号や受給者番号がわからない場合も記入不要

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

苦情にかかる事実のあった日	年 月 日 ~	年 月 日
事業者名		TEL
所在地	〒	
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、その他) / 無			
事業者コード	県コード	市町村コード	年 月 日受付
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	受付番号