

【様式2】

苦情申立書

申立書作成日：平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

鳥取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 様

1. この申立書を書いた人（申立人）

氏名 (フリガナ)	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○		

2. 不適切なサービスを受けた人（被保険者又は受給者）

氏名 (フリガナ)	電話番号 生年月日	明・大・昭 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・住所は、記入不要。  
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の適用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	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
事業者名	電話番号
申立趣旨	

本件に関する指導・助言の内容を裁判や訴訟には用いませ

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

--	--	--	--	--	--	--	--

