**【様式２】**

**苦　情　申　立　書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申立書作成日： 　　　　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）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| (ﾌﾘｶﾞﾅ)  氏 　名 | （男・女）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.ｹｱﾏﾈｼﾞｬｰ 　9.民生委員　 10.主治医　 11.ｻｰﾋﾞｽ事業者  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）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| (ﾌﾘｶﾞﾅ)  氏　 名 | （男・女）年齢　 　歳 | | 生年月日 | 明･大･昭　 　年 月 日 |
| 住　 所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　 　電話番号（ 　　　 ）　　　－ | | | |
| 要介護状態区分 | 要支援１ ・ 要支援２ ・ 要介護１ ・ 要介護２ ・ 要介護３ ・ 要介護４ ・ 要介護５ | | | |
| 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 | | 年 月 日 ～ 　　 年 月　　日 | | |
| 事 業 者 名 |  | | 電話番号 |  |
| 申立趣旨： | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |

**※　本件に関る指導・助言の内容を裁判や訴訟には用いません。**