様式苦２

苦 情 申 立 書

申立書作成日：平成＿＿年＿＿月＿＿日

奈良県国民健康保険団体連合会
介護サービス苦情処理委員　殿

１．この申立書を書いた人(申立人)

(フリガナ) 氏　名	年齢　　歳	電話番号	
住　所	〒 奈良県　　市　　郡　　町　　村		
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.嫁　6.他の家族　7.友人等 8.ケアマネージャー　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．被害を受けた人(被保険者又は受給者)

(フリガナ) 氏　名		電話番号	
		生年月日	明･大･昭　年　月　日
住　所	〒 奈良県　　市　　郡　　町　　村		
被保険者番号		受給者番号	

※申立人本人の場合は、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。
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。
また、事業所及び苦情処理業務にかかる関係機関に対して、本人の氏名を明らかにすることに(同意する。・同意しない。)　＊いずれかに○

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			

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	奈良県	年	月	受付番号

※本苦情申立書をご提出いただいた場合は、介護サービス苦情処理における奈良県国民健康保険団体連合会個人情報の取り扱いについて、同意いただいたものとして、取り扱いいたします。