［様式　2］

苦　情　申　立　書

申立書作成日：＿＿＿＿年＿＿月＿＿日

山口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　）	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	年　　月　　日～　　年　　月　　日		
事業者名		電話番号	
申立趣旨			

※　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。

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	市町コード	区コード

県	年	月	日	受付番号	