様式第２号

苦　情　申　立　書

申立書作成日：平成　　年　　月　　日

山形県国民健康保険団体連合会
　介護サービス苦情処理委員長　殿

１．この申立書を書いた人（申立人）

（フリガナ） 氏　名		電話番号 生年月日	 明・大・昭　　年　　月　　日
住　所	〒		
連絡先		電話番号	
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．他の家族　６．友人等 ７．居宅介護支援事業者（　　）　８．民生委員　９．主治医 10．サービス事業者（　　）　11．その他（　　） ※いずれかに○		

２．サービスを利用した人（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	〒		
被保険者番号		※申立人ご本人の場合は、氏名・電話番号・生年月日・住所は、記入不要。	

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、貴職が行う調査等についても同意します。

記

苦情にかかる事実のあった日	平成　　年　　月　　日　～　平成　　年　　月　　日		
苦情を申し立てる事業者名		苦情を申し立てるサービス	
所　在　地		電　話　番　号	
申立趣旨（簡潔にご記入ください。もし紙面が不足のときは、任意にA4版の用紙を追加しても結構です。）			

※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。

受付番号