

受付No. \_\_\_\_\_

(様式 2)

# 苦 情 申 立 書

平成 年 月 日

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
殿

申立人氏名 \_\_\_\_\_

申立人住所 \_\_\_\_\_

連絡先電話番号 \_\_\_\_\_

被保険者との関係： 本人 配偶者  
親子 兄弟 他の家族  
ケアマネージャー 主治医  
サービス事業者  
その他 ( )

下記について、苦情処理の調査及び指導・助言をお願いいたします。

なお、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。

記

被保険者番号		生年月日	明・大・昭 年 月 日
被 保 険 者 名	連絡先電話番号		
被保険者住所	〒		
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		
事業者住所	〒		
申立書趣旨	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____		
事業者に対して本人の氏名等を明らかにすることについて	1. 明示してよい 2. 明示しない		

当連合会が行っている、介護サービスに係る苦情処理の業務は、以下の事案については対応していませんので、ご注意ください。

記

1. すでに訴訟を起している事案
2. 訴訟が予定されている事案
3. 損害賠償などの責任の確定を求める事案
4. 契約の法的有効性に関する事案
5. 医療に関する事案や医師の判断に関する事案
6. 他の苦情申立て取扱機関に苦情申立てを行い、結果が判明している事案

上記については了承いたしました。

平成 年 月 日

住所

氏名

印