

# 苦情申立書

申立書作成日： 年 月 日

大阪府国民健康保険団体連合会  
介護サービス苦情処理委員 様

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	〒		
被保険者又は受給者との関係	1. 本人 2. 配偶者 3. 親 4. 子 5. 兄弟姉妹 6. 子の配偶者 7. 他の家族 8. 友人等 9. ケアマネジャー 10. 民生委員 11. 主治医 12. サービス事業者 13. その他 ( ) ※いずれかに○		

2. サービス利用者およびサービス利用希望者(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・令 年 月 日
住所	〒	
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。

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	

事務局使用欄

・経路： \_\_\_\_\_ ・事前相談：有/無 \_\_\_\_\_ ・担当委員： \_\_\_\_\_ ・送付資料：有/無 \_\_\_\_\_

・代筆：有(口頭、電話、手紙、fax、E-mail)/無 \_\_\_\_\_

--	--	--	--	--	--

事業者コード 都道府県コード 市町村コード 区コード 大阪府 年 月 受付番号