

# 苦情申立書

申立書作成日：平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

三重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 様

1. この申立書を書いた人（申立人）

氏名 (フリガナ)	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.ケアマネジャー 9.民生委員 10.主治医 11.サービス事業者 12.その他( ) どちらかに		

2. 被害を受けた人（被保険者又は受給者）

氏名 (フリガナ)	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	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	県	年	月	日	受付番号
--------	------	--------	------	---	---	---	---	------

