苦　情　申　立　書

申立書作成日：____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 (ﾌﾘｶﾞﾅ)	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．被害を受けた人（被保険者又は受給者）

氏　名 (ﾌﾘｶﾞﾅ)		電話番号 生年月日	大･昭･平　　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。
＊本件に関する指導・助言の内容を裁判や訴訟には用いません。

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：_____　・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